

RAPPORT NATIONAL SUR LA SITUATION DE
LA JEUNESSE AU LUXEMBOURG 2020

LE BIEN-ÊTRE ET LA SANTÉ DES JEUNES AU LUXEMBOURG

NATIONALER BERICHT ZUR SITUATION DER
JUGEND IN LUXEMBURG 2020

WOHLBEFINDEN UND GESUNDHEIT VON JUGENDLICHEN IN LUXEMBURG



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de l'Éducation nationale,
de l'Enfance et de la Jeunesse



Impressum

Rapport national sur la situation de la jeunesse au Luxembourg 2020
Le bien-être et la santé des jeunes au Luxembourg

Editeur: Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et
de la Jeunesse & Université du Luxembourg
Luxembourg, 2021

Relecture: DRUCKREIF Text & Lektorat, Trier
Traduction: T & I Portfolios, Riegelsberg

Tirage: 600

Mise en page: Bakform

Photos de couverture: Andres Barrionuevo, Antonio Hugo, Armin Staudt,
axelbueckert, Bruno Giuliani, criene, davidpereiras,
krockenmitte, nektarstock, nicolasberlin & przemekklos
via photocase.de

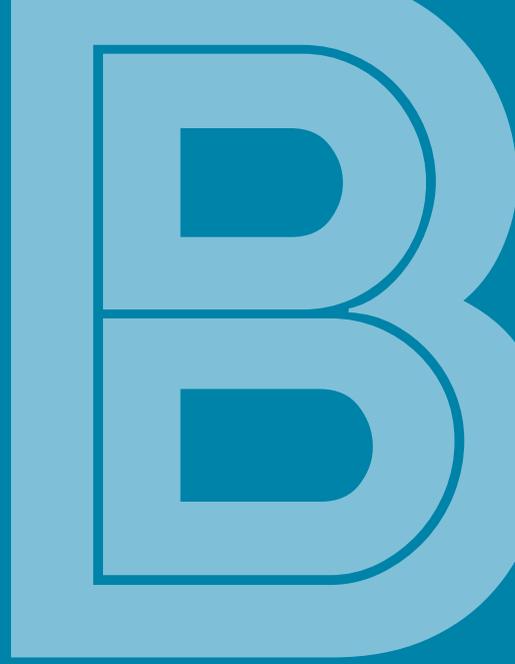
ISSN: 2418-4284

ISBN: 978-99959-1-296-3

Informationen und Materialien zum Jugendbericht: www.jugendbericht.lu

Inhalt

Vorwort des Ministers für Bildung, Kinder und Jugend	7
Vorwort des Dekans der Fakultät für Geisteswissenschaften, Erziehungswissenschaften und Sozialwissenschaften	9
A. Das Wohlbefinden der Jugendlichen stärken und fördern!	11
Beitrag des Ministeriums für Bildung, Kinder und Jugend	
B. Wohlbefinden und Gesundheit von Jugendlichen in Luxemburg	19
R. Samuel, H. Willems (Hrsg.)	
Kapitel 1	
Einleitung	25
Introduction	28
R. Samuel, H. Willems	
Kapitel 2	
Konzeption des Jugendberichtes	29
A. Schumacher, A. Heinen, H. Willems, R. Samuel	
Kapitel 3	
Gesellschaftliche Kontextbedingungen für das Wohlbefinden und die Gesundheit von Jugendlichen in Luxemburg	47
A. Schumacher, H. Willems, E. Schembri	
Kapitel 4	
Wie Jugendliche ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit einschätzen	69
A. Heinz, C. Residori, T. Schulze, A. Heinen, R. Samuel	
Kapitel 5	
Was Jugendliche für ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit tun oder nicht tun	99
A. Heinen, M. Schobel, C. Residori, T. Schulze, R. Samuel	
Kapitel 6	
Welche Bedeutung das soziale Umfeld für das Wohlbefinden der Jugendlichen hat: Familie, Freunde, Schule und weitere Lebensbereiche	127
A. Heinen, T. Schulze, M. Schobel, E. Schembri, H. Willems	
Kapitel 7	
Wie Jugendliche die Covid-19-Pandemie und die Maßnahmen wahrnehmen	155
C. Residori, L. Schomaker, M. Schobel, T. Schulze, A. Heinen	
Kapitel 8	
Wie Experten über das Wohlbefinden und die Gesundheit Jugendlicher diskutieren	179
S. Biewers Grimm, C. Meyers	
Kapitel 9	
Synopsis der zentralen Ergebnisse	205
Synopsis des principaux résultats	212
A. Schumacher, A. Heinen, E. Schembri, H. Willems, R. Samuel	
Kapitel 10	
Herausforderungen für Politik und Praxis	219
Défis pour la politique et la pratique	230
A. Schumacher, A. Heinen, H. Willems, R. Samuel	
Anhang	239



WOHLBEFINDEN UND GESUNDHEIT VON JUGENDLICHEN IN LUXEMBURG

Robin Samuel & Helmut Willems (Hrsg.)

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1

Einleitung 25

Introduction 28

R. Samuel, H. Willems

Kapitel 2

Konzeption des Jugendberichtes 29

A. Schumacher, A. Heinen, H. Willems, R. Samuel

2.1 Themenschwerpunkte, Zielsetzung und analytische Perspektiven
des Jugendberichtes 31

2.1.1 Fragestellungen des Jugendberichtes 31

2.1.2 Wohlbefinden und Gesundheit aus sozialwissenschaftlicher Perspektive 31

2.2 Wohlbefinden und Gesundheit aus theoretischer Sicht 32

2.2.1 Wohlbefinden 32

2.2.2 Gesundheit 33

2.2.3 Wohlbefindensorientiertes und gesundheitsrelevantes Handeln 34

2.3 Einflussfaktoren und Ressourcen für Wohlbefinden und Gesundheit 36

2.3.1 Personale Faktoren 36

2.3.2 Soziale Faktoren 38

2.3.3 Strukturelle Faktoren 39

2.4 Datengrundlage und methodische Vorgehensweise 40

2.4.1 Health Behaviour in School-aged-Children (HBSC) und Youth Survey Luxembourg (YSL) –
Quantitative Studien 41

2.4.2 Eine qualitative Studie zu Wohlbefinden und Gesundheit von Jugendlichen 41

2.4.3 Eine qualitative Studie zu Fachdiskursen zu Wohlbefinden und Gesundheit 42

2.4.4 Young People and Covid-19 (YAC+) – Eine Mixed-Methods-Studie 42

2.4.5 Sekundärdatenanalyse zur Bestimmung von Kontextbedingungen für das Wohlbefinden und
die Gesundheit von Jugendlichen 43

2.5 Zusammenfassung 43

Kapitel 3

**Gesellschaftliche Kontextbedingungen für das Wohlbefinden und
die Gesundheit von Jugendlichen in Luxemburg** 47

A. Schumacher, H. Willems, E. Schembri

3.1 Einleitung 49

3.2 Politische Strukturen und allgemeine Lebensbedingungen in Luxemburg 49

3.3 Demografische Struktur 50

3.4 Bildungs- und Erwerbsstand 53

3.5 Wirtschaftliche Rahmenbedingungen, soziale Ungleichheit und Armut 58

3.6 Soziale Sicherung und Gesundheitsversorgung 62

3.7 Rechtliche Rahmenbedingungen des Aufwachsens 63

3.8 Zusammenfassung 65

Spotlight: Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in Luxemburg für Jugendliche
durch Covid-19 66

Kapitel 4

Wie Jugendliche ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit einschätzen 69

A. Heinz, C. Residori, T. Schulze, A. Heinen, R. Samuel

4.1 Einleitung 71

4.2 Wohlbefinden und Gesundheit – Die Sicht der Jugendlichen 71

4.2.1 Was Jugendliche unter Wohlbefinden verstehen 71

4.2.2	Was Jugendliche unter Gesundheit verstehen	73
4.2.3	Wohlbefinden und Gesundheit – Zusammenhänge aus Sicht der Jugendlichen	75
4.3	Die Bewertung des Wohlbefindens	76
4.3.1	Das affektive Wohlbefinden und seine Bedingungsfaktoren	77
4.3.2	Das kognitive Wohlbefinden und die Bedeutung der Lebenszufriedenheit	78
4.3.3	Stressempfinden	79
4.4	Die Bewertung der Gesundheit	81
4.4.1	Die Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes	81
4.4.2	Chronische körperliche Erkrankungen	82
4.4.3	Der Gewichtsstatus und dessen subjektive Einschätzung	83
4.4.4	Psychosomatische Gesundheitsbeschwerden	86
4.4.5	Psychische Gesundheit	88
4.5	Zusammenfassung	93
	Spotlight: Veränderung des Wohlbefindens durch die Covid-19-Pandemie	95

Kapitel 5

Was Jugendliche für ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit tun oder nicht tun 99

A. Heinen, M. Schobel, C. Residori, T. Schulze, R. Samuel

5.1	Einleitung	101
5.2	Jugendliches Handeln und selbstberichtete Motive	101
5.2.1	Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Jugendlichen	101
5.2.2	Mediennutzung und digitale Kommunikation	106
5.2.3	Substanzkonsum bei Jugendlichen	109
5.2.4	Zwischen Gesundheitsverhalten und Risikoverhalten: eine Typologie	113
5.3	Die Ambivalenz von Handlungen: zwischen Gesundheitsgefährdung und Steigerung des Wohlbefindens	115
5.3.1	Negative Auswirkungen ambivalent bewerteten Handelns	115
5.3.2	Die Abwägung zwischen der kurzfristigen Steigerung des subjektiven Wohlbefindens und möglichen Gesundheitsschäden in der Zukunft	116
5.3.3	Selbstregulationen im Umgang mit kognitiver Dissonanz	116
5.4	Bewältigungshandeln im Umgang mit Belastungen – eine Typologie	118
5.5	Zusammenfassung	121
	Spotlight: Das veränderte Freizeitverhalten während der Covid-19-Pandemie und dessen Einfluss auf das Wohlbefinden der Jugendlichen	122

Kapitel 6

**Welche Bedeutung das soziale Umfeld für das Wohlbefinden der Jugendlichen hat:
Familie, Freunde, Schule und weitere Lebensbereiche 127**

A. Heinen, T. Schulze, M. Schobel, E. Schembri, H. Willems

6.1	Einleitung	129
6.2	Die Bedeutung von Familie und Freunden für das Wohlbefinden	129
6.2.1	Familie als Ressource oder Belastung für das Wohlbefinden	129
6.2.2	Freundschaften und Partnerschaften	133
6.3	Das subjektive Wohlbefinden von Jugendlichen in außerfamilialen Lebensbereichen	136
6.3.1	Schulisches Wohlbefinden: Unterstützung durch das Lehrpersonal, die Bewältigung hoher Anforderungen und des Leistungsdrucks	137
6.3.2	Jugendhäuser: Vertrauensvolle Beziehungen und die Interaktion mit Gleichaltrigen	140
6.3.3	Jugendliche in Heimen (Foyer) und betreuten Wohnstrukturen (Sleemo)	141
6.3.4	Jugendliche in der Erwerbsarbeit	144
6.4	Die Bedeutung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und Entwicklungen für das subjektive Wohlbefinden	146
6.5	Zusammenfassung	149
	Spotlight: Die Bedeutung von Familie und Freunden für das Wohlbefinden der Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie	150

Kapitel 7

Wie Jugendliche die Covid-19-Pandemie und die Maßnahmen wahrnehmen 155

C. Residori, L. Schomaker, M. Schobel, T. Schulze, A. Heinen

7.1 Einleitung 157

7.2 Die Perspektive der Jugendlichen auf die Covid-19-Pandemie 157

7.3 Der Umgang der Jugendlichen mit Informationen und Medien während der Covid-19-Pandemie 159

7.4 Die Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19 durch die Jugendlichen 160

 7.4.1 Die Bewertung der Maßnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie 161

 7.4.2 Die Umsetzung der Maßnahmen im Alltag 163

7.5 Die Mitverantwortung für andere als Motivation für das Umsetzen der Maßnahmen 165

7.6 Einschätzungen der Jugendlichen zur Schule und zum Lernen während der Covid-19-Pandemie 167

7.7 Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Jugendlichen 169

7.8 Die Bewältigung der Belastungen durch die Covid-19-Pandemie 174

7.9 Zusammenfassung 177

Kapitel 8

Wie Experten über das Wohlbefinden und die Gesundheit

Jugendlicher diskutieren 179

S. Biewers Grimm, C. Meyers

8.1 Einleitung 181

8.2 Feldspezifische Diskurse zu Wohlbefinden und Gesundheit in der Schule, der Jugendarbeit, der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe sowie im Arbeitsbereich 181

 8.2.1 Gesundheitsbezogene Diskurse im Kontext der formalen Bildung: Zwischen neuen Zielsetzungen und strukturellen Beharrungstendenzen 181

 8.2.2 Wohlbefinden und Autonomieförderung durch Partizipation: Zur Förderung von Wohlbefinden in der Jugendarbeit 185

 8.2.3 Emotionale Sicherheit und Resilienzförderung als Grundelemente von Wohlbefinden in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe 187

 8.2.4 Umgang mit erhöhten Belastungen: Wohlbefinden und Gesundheit im Arbeitsbereich 188

8.3 Feldübergreifende Diskurse zum Wohlbefinden und zur Gesundheit der Jugendlichen 190

 8.3.1 Gesundheitsgefährdung und jugendtypische Risikofaktoren 191

 8.3.2 Psychische Gesundheit von Jugendlichen 192

 8.3.3 Der Zusammenhang von Digitalisierung und Gesundheit 194

 8.3.4 Die Frage der Verantwortlichkeit für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Jugendlichen 196

8.4 Zusammenfassung 198

Spotlight: Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Diskurse und Praktiken zum Wohlbefinden und zur Gesundheit 200

Kapitel 9

Synopse der zentralen Ergebnisse 205

A. Schumacher, A. Heinen, E. Schembri, H. Willems, R. Samuel

9.1 Die Einschätzung von Wohlbefinden und Gesundheit 207

9.2 Die Veränderung von Wohlbefinden und Gesundheit im Zeitverlauf und der Vergleich zu anderen Ländern 208

9.3 Erklärungsfaktoren für unterschiedliche Einschätzungen von Wohlbefinden und Gesundheit 208

9.4 Eigenverantwortung und der Stellenwert von wohlbefindens- und gesundheitsorientiertem Handeln 209

9.5 Die Beurteilung der Covid-19-Pandemie und der damit verbundenen Maßnahmen 209

9.6 Der Blick luxemburgischer Experten auf das Wohlbefinden und die Gesundheit von Jugendlichen 210

9.7 Zusammenfassung 211

Synopsis des principaux résultats..... 212

9.1 La perception du bien-être et de la santé 212
 9.2 L'évolution du bien-être et de la santé au fil du temps et comparaison avec d'autres pays 213
 9.3 Facteurs explicatifs des différentes perceptions du bien-être et de la santé 213
 9.4 Responsabilité personnelle et importance de l'action axée sur le bien-être et la santé..... 214
 9.5 Évaluation de la pandémie de Covid-19 et des mesures prises dans ce contexte 214
 9.6 Le regard posé par les experts luxembourgeois sur le bien-être et la santé des jeunes..... 215
 9.7 Synthèse 216

Kapitel 10

Herausforderungen für Politik und Praxis 219

A. Schumacher, A. Heinen, H. Willems, R. Samuel

10.1 Folgen sozialer Ungleichheit für Wohlbefinden und Gesundheit von Jugendlichen221
 10.2 Genderspezifische Differenzen in Wohlbefinden und Gesundheit222
 10.3 Altersbezogene Differenzen und Risikofaktoren222
 10.4 Körperliche Gesundheitsprobleme223
 10.5 Mentale Gesundheitsprobleme224
 10.6 Transitionsunsicherheit, Zukunftsängste und gesellschaftlicher Zusammenhalt224
 10.7 Familie als Sozialisationsort und Schutzfaktor225
 10.8 Peers als Ressourcen und Risiko225
 10.9 Fokussierung des Wohlbefindens in institutionellen Kontexten226
 10.10 Strukturelle Rahmenbedingungen für Gesundheit und Wohlbefinden226
 10.11 Jugendliche als kompetente Akteure227
 10.12 Die Covid-19-Pandemie227
 10.13 Entwicklungsperspektiven des luxemburgischen Jugendberichtes und Forschungsbedarf.....228

Défis pour la politique et la pratique 230

10.1 Conséquences de l'inégalité sociale sur le bien-être et la santé des jeunes230
 10.2 Différences liées au genre dans le bien-être et la santé231
 10.3 Différences liées à l'âge et facteurs de risques231
 10.4 Pathologies physiques232
 10.5 Problèmes de santé mentale.....233
 10.6 Insécurité quant à la transition, peur de l'avenir et cohésion sociale233
 10.7 La famille, lieu de socialisation et facteur de protection233
 10.8 Les pairs, ressource et risque234
 10.9 Focalisation du bien-être dans des contextes institutionnels234
 10.10 Conditions-cadres structurelles pour la santé et le bien-être235
 10.11 Les jeunes, des acteurs compétents.....235
 10.12 La pandémie de Covid-19236
 10.13 Perspectives de développement du rapport luxembourgeois sur la jeunesse
 et besoins de recherche237

Anhang

Glossar 240
 Literaturverzeichnis 243
 Abbildungsverzeichnis..... 264
 Tabellenverzeichnis 265
 Abkürzungsverzeichnis266
 Autorinnen und Autoren des Jugendberichtes 268



KAPITEL 4

**WIE JUGENDLICHE IHR
WOHLBEFINDEN UND IHRE
GESUNDHEIT EINSCHÄTZEN**



**Andreas Heinz
Caroline Residori
Tabea Schulze
Andreas Heinen
Robin Samuel**



Unter Mitarbeit von Maria Eugenia Sozio, Magdalena Schobel und Sebastian Kurten

WICHTIGE ERGEBNISSE AUS KAPITEL 4

- Wohlbefinden wird von den Jugendlichen komplex definiert und umfasst neben der Gesundheit und einer inneren Zufriedenheit auch ein glückliches Leben mit sozialer Einbindung, Partnerschaft und einem erfüllenden Beruf in einer insgesamt sicheren und zuverlässigen Gesellschaft.
- Die meisten Jugendlichen verstehen Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit und sie sind insgesamt nur wenig durch Krankheiten betroffen. Mädchen und junge Frauen haben häufiger multiple psychosomatische Beschwerden, diagnostizierte psychische Krankheiten, Stress und moderate depressive Symptome im Vergleich zu Jungen bzw. jungen Männern.
- Bei drei Viertel der luxemburgischen Jugendlichen sind das affektive Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit mittel bis hoch. Entsprechend gering ist der Anteil der Jugendlichen, die unzufrieden mit ihrer Lebenssituation sind.
- Ein niedriger sozioökonomischer Status geht einher mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Übergewicht, multiple psychosomatische Beschwerden, psychische Erkrankungen, ein niedriges affektives Wohlbefinden sowie eine niedrige Lebenszufriedenheit.
- Im Zuge der Covid-19-Pandemie machen Jugendliche sich mehr Gedanken über ihre mentale Gesundheit. Je nach verfügbaren Ressourcen nahm ihre Lebenszufriedenheit ab, nur bei einer Minderheit stieg sie trotz der Pandemie an.

4.1 Einleitung

Nachdem im Kapitel zur Konzeption des Jugendberichtes die Begriffe Wohlbefinden und Gesundheit aus wissenschaftlicher Sicht erläutert wurden, wird hier untersucht, was Jugendliche unter diesen Begriffen verstehen. Die durchgeführten qualitativen Interviews zeigen, dass Jugendliche unter Gesundheit eher die Abwesenheit von Krankheit verstehen und unter „gesund sein“, dass sie im Alltag nicht eingeschränkt sind durch physische oder psychische Probleme. Den Begriff des Wohlbefindens fassen sie hingegen weiter.

Daran anschließend wird präsentiert, wie Jugendliche ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit bewerten und welche Faktoren für Unterschiede und Ungleichheiten zwischen verschiedenen Gruppen verantwortlich sind.

In einem Exkurs wird schließlich auf der Grundlage von Sekundärdaten aus schulmedizinischen Untersuchungen sowie Daten der *Inspection générale de la sécurité sociale* (Generalinspektion der Sozialen Sicherheit [IGSS]) ein Überblick darüber gegeben, wie häufig bei schulmedizinischen Untersuchungen Krankheiten diagnostiziert werden und wie intensiv das Gesundheitssystem von Jugendlichen beansprucht wird.

4.2 Wohlbefinden und Gesundheit – Die Sicht der Jugendlichen

4.2.1 Was Jugendliche unter Wohlbefinden verstehen

Bislang gibt es nur wenige Studien, die sich mit der subjektiven Einschätzung und dem Verständnis von Wohlbefinden bei Jugendlichen befassen (Ohlbrecht & Winkler, 2018). In einer Studie der Universität Padua wurden 300 Jugendliche im Alter von 16 bis 21 Jahren mit Hilfe semistrukturierter Interviews zu ihrem Verständnis von Wohlbefinden befragt. Dabei zeigte sich kein einheitliches Verständnis dieses Begriffs, sondern eine Vielzahl von Assoziationen: Gesundheit, innere Ruhe, positive Gefühle, gute sozioökonomische Bedingungen, Harmonie, Zufriedenheit, Freiheit und Glück (Armezzani & Paduanello, 2013). Eine Studie der Universität Melbourne, die Jugendliche im Alter von 16 bis 24 Jahren zu ihrem Verständnis von Wohlbefinden befragte, bestätigte diese umfassende Perspektive. Gesundheit und Wohlbefinden wurden nicht als isolierte Begriffe gesehen, sondern als vernetzt. Am häufigsten wurde Wohlbefinden dabei mit Glück (*happiness*) und Zufriedenheit mit sich selbst (*feeling good about oneself*) definiert (Bourke & Geldens, 2007). Vergleichbare Aussagen fanden sich auch in der qualitativen Studie, die für den luxemburgischen Jugendbericht durchgeführt wurde.

Zufriedenheit mit sich selbst, seinem Körper und das Empfinden von Glück

Auf die Frage nach dem subjektiven Verständnis von Wohlbefinden nennen die Befragten häufig die Zufriedenheit mit sich selbst und ihrem Körper. Einige

Jugendliche beschreiben Wohlbefinden als „sich in seiner Haut sowie in der eigenen Umgebung wohlfühlen“. Ist dies der Fall, können sie sich in den verschiedensten Situationen, Momenten und in ihrem Umfeld wohlfühlen.

„*Wuelbefannen, fannen ech, dass een einfach mat sech selwer, sengem Kierper ass. Wann een sech wuel fillt, ouni komplexéiert ze sinn, also och am Kapp, et ass een einfach sou mat sech selwer zefridden [...] da fillt een sech wuel an allen Situatiounen.*“
(Roxanne, 24 Jahre, 9:3)

Einige Jugendliche assoziieren Wohlbefinden mit einem bestimmten Gefühl. Die dazugehörigen Aussagen sind sehr heterogen, aber sie können als Beschreibungen eines Glücks- und Zufriedenheitszustands zusammengefasst werden.

„*Ech géif einfach soen, insgesamt sech glécklech fillen. Jo. Wat ass glécklech, kënnst elo d’Fro. [...] Dat ass eng schwéier Fro, wéi laang hunn ech Zäit fir ze iwwerleeën? [...] Ech géif einfach behaupten, zefridde si mat sech selwer, oder och mat sengem Ëmfeld, dass een do keng grouss Problemer huet.*“
(Frank, 16 Jahre, 59:44)

Da Glück für viele der Interviewten schwierig zu definieren ist, umschreiben sie diesen Begriff oder erläutern

ihn anhand von bestimmten Erlebnissen. Eine Befragte beschreibt sich als glücklich, wenn sie etwas gemacht hat, was sie vorher nie geschafft hat.

„*Besonders glücklich, tränengefüllt, wenn ich was gut gemacht habe. Wenn ich was hingekriegt habe, was ich vorher nicht hingekriegt. Dann fühle ich mich auch richtig wohl und gut, nachdem ich es zwei bis drei Mal gemacht habe und es dann endlich klappt.*“
(Jenny, 18 Jahre, 37:10)

Sich selbst herauszufordern und stolz auf sich selbst zu sein, wenn man selbstgesteckte Ziele erreicht hat, ist für sie eine Form des Glücksempfindens.

Erfahrung von Unterstützung, Anerkennung und Geborgenheit im sozialen Umfeld

Wohlbefinden bringen Jugendliche auch mit ihrem sozialen Umfeld in Verbindung. Sie fühlen sich in Situationen wohl, in denen sie von nahestehenden Menschen umgeben sind.

„*Ech géif do soen, Wuelbefannen einfach: villäicht mol mat sech selwer glécklech sinn an deem Moment, an dann och mat der Situatioun ronderëm. Also Famill, Kolleegen, dass jiddereen do ass.*“
(Lea, 15 Jahre, 39:3)

Dementsprechend können Orte, die mit Freunden oder der Familie aufgesucht wurden, Wohlbefinden vermitteln. Wohlbefinden entsteht in vertrauten Umgebungen, in denen die Befragten so sein können, wie sie sind.

„*Dat ass, wann een zum Beispill bei der Famill ass, bei Kolleegen ass. Op Plazen, wou een zum Beispill positiv Erënnungen huet, un fréier zum Beispill. Dat sinn sou Plazen, wou ech géif soen, dat wäer Wuelbefannen. Wann een do ass, oder an der Presenz vun Kolleegen.*“
(Sam, 16 Jahre, 21:8)

Neben dem unmittelbaren sozialen Umfeld erwähnen manche Befragte, dass es zum Wohlbefinden dazugehört, dass sie von der Gesellschaft akzeptiert werden und an ihr teilhaben können.

„*Ma Wuelbefannen ass, wann een sech einfach an der Societéit einfach, also ukomm fillt. Iergendwéi, dass een akzeptéiert gëtt an sou. Jo, dass een sech wuel fillt, dat wat een op d'Been bruecht huet. Dat wat ee grad mécht, dass een, jo dass een sech gutt derbäi fillt.*“
(Chantal, 27 Jahre, 62:5)

Die Möglichkeit zu haben, mit jemandem über die eigenen Sorgen und Probleme zu reden, und zu wissen, dass jemand sie unterstützt, ist für einige Jugendliche ein weiterer wichtiger Aspekt ihres Wohlbefindens.

„*Dat heescht, einfach vu gudde Persounen entouréieren, mat sengen Eltere vill schwätzen, wann eppes net ok ass. Ni alles an sech halen, entweder den Elteren oder Kolleeg oder iergendeen deen, wann een eppes an sech hält, dann huet een ëmmer déi Pressioun an sech, a wann een dat awer seet, dann deet dat jo gutt.*“
(Yves, 14 Jahre, 50:8)

Außer von der Zufriedenheit mit sich selbst ist das Verständnis von Wohlbefinden also auch stark von den Erfahrungen der Jugendlichen in ihrem sozialen Umfeld geprägt.

Abwesenheit von Stress und Leistungsdruck

Für einige Jugendliche bedeutet Wohlbefinden, keinen Stress und damit verbundene negative Gedanken zu haben. Sie können sich nur wohlfühlen, wenn sie frei von Belastungen und Verpflichtungen sind, wie beispielsweise Alltagsorgen aus Schule und Arbeitswelt.

„*Wann ee keng Gedanke méi huet, sou, wann een, einfach, maache wat ee wëll. Wann een net nach muss denken: ‚Ech muss nach dat maachen. Ech muss nach fir dat léieren. Ech muss nach schaffen.‘ Keng Anung, einfach relax sinn ouni aner Gedanken. Einfach op dat fokusséiere, wat een grad gäre mécht.*“
(Jan, 13 Jahre, 45:2)

Ferien und Freizeit werden daher von vielen als die Zeit genannt, in der sie sich nicht um alltägliche Verpflichtungen kümmern müssen. Diese Zeit ist den Jugendlichen besonders wichtig, da sie sich dann entspannen können und sich keine Sorgen oder Gedanken über Aufgaben im Alltag machen müssen. Ein Jugendlicher berichtet von seiner Freizeit, die er nur genießen kann, wenn er weiß, dass er in der folgenden Woche keinen Test und keine Verpflichtungen in der Schule hat.

„*Genau, dat heescht fir mech, sou vill wéi an der Fräizäit, sech ameséieren, dass een net ëmmer, e bësschen och vun Gedanke fräi hunn. Dass een net ëmmer muss Gedanken an der Schoul hunn zum Beispill. Zum Beispill während engem Weekend, wann een elo net grad en Test nächst Woch huet, dass een dann och ka bësschen ofschalten. Dass een dann net ëmmer Konzentratioun voll op der Schoul muss leien. Dat ass do wichteg.*“
(Sam, 16 Jahre, 21:60)

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Jugendliche den Begriff des Wohlbefindens vor allem mit Zufriedenheit, Glück und einem positiven Körperempfinden umschreiben. Wohlbefinden bedeutet für sie sich so zu

akzeptieren, wie sie sind. Wohlbefinden bezieht sich aber auch auf das soziale Umfeld. Unter Wohlbefinden verstehen Jugendliche ein stabiles, gesundes Umfeld sowie soziale Strukturen, in die sie eingebettet sind.

4.2.2 Was Jugendliche unter Gesundheit verstehen

Im Laufe der Adoleszenz entwickeln Jugendliche ihre eigenen Vorstellungen von Gesundheit. Während Experten in der Wissenschaft und der Praxis auf etablierte Definitionen des Begriffs zurückgreifen, ist das Alltagsverständnis von Gesundheit schwierig zu erfassen, da es das Ergebnis des subjektiven Erlebens ist (Ohlbrecht & Winkler, 2018). Dabei wird Gesundheit zwar individuell erlebt und bewertet, aber die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit werden gesellschaftlich geprägt und verändern sich (Faltermajer, 2015). Ob ein bestimmter Zustand als „krank“ bewertet wird, hängt somit häufig nicht nur vom Stand der Medizin ab, sondern auch von gesellschaftlichen Normen. Die meisten Menschen verbinden mit Gesundheit vorrangig etwas Positives, das sowohl das psychische als auch das körperliche Befinden umfasst. Zudem wird Gesundheit oftmals als vorhandene Leistungs- und Handlungsfähigkeit verstanden. Andersherum betrachtet wird Gesundheit auch als Abwesenheit von Krankheit sowie über ein vernachlässigbares Maß an Beschwerden, Schmerzen oder Problemen definiert (Faltermajer, 2015).

Zum Gesundheitsverständnis von Jugendlichen ist bekannt, dass sie es mit ihren subjektiven Erfahrungen, Alltagswissen und Alltagskonstruktionen in Verbindung bringen (Flick, 1998a). Es zeigt sich, dass Jugendliche Gesundheit meist als positives Befinden, als Abwesenheit von Krankheit und als Vorhandensein von körperlicher und psychischer Funktionsfähigkeit definieren, wobei Mädchen Gesundheit und Krankheit detaillierter beschreiben als Jungen (Rademaker, 2016). Die qualitativen Studien, die für den Jugendbericht durchgeführt wurden, bestätigen dies und sie zeigen zudem, inwieweit Jugendliche zwischen Gesundheit und Wohlbefinden unterscheiden.

Das Gesundheitsverständnis der Jugendlichen ist stark von ihren subjektiven Erfahrungen geprägt. In den Interviews verweisen die Jugendlichen oftmals auf Erkrankungen oder Belastungen, die sie selbst oder Personen aus ihrem Umfeld erlebt haben.

Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit und körperlichen Einschränkungen

In der qualitativen Studie definieren auch die luxemburgischen Jugendlichen den Begriff Gesundheit oft mit Hilfe des Gegenbegriffs Krankheit, d. h., unter Gesundheit verstehen sie nicht krank zu sein.

„*Gesondheet ass also fir mech, dass een halt keng Krankheet huet, déi elo däi Liewen negativ impaktéiert, also, dass de normal, glécklech kanns sinn sou am Liewen. Dass de elo keng Mängel hues. Dass de en gesonde Kierper hues, wou s de, mat deem s de alles maache kanns, wat s du gäre wëlls. Ouni Limitten iergendwéi.*“
(Laura, 21 Jahre, 18:36)

Ein gesundes Leben bedeutet für viele Jugendliche, nicht durch Krankheiten eingeschränkt zu sein und somit alles machen zu können, was sie sich vornehmen. Sei es durch einschneidende Erlebnisse und eigene Erfahrungen mit Krankheiten oder durch soziale Vergleiche mit anderen – ihnen ist bewusst, dass ein gesunder Körper keine Selbstverständlichkeit ist. Viele sprechen daher von einer Dankbarkeit für ihren gesunden Körper, die sie empfinden.

„*Einfach keng kierperlech ..., zum Beispill ech si frou, dass ech gesond sinn, dass ech elo, keng Anung, dass meng Been funktionéieren, dass meng Äerm alles maachen, wat ech well, sou dofir soll een dankbar sinn. [...]* Dat ass fir mech Gesondheet, einfach nëmmen, dass et eng, dass een dat ka maachen, wat all normale Mënsch oder duerchschnëttleche Mënsch kéint maachen.“
(Frank, 16 Jahre, 59:5)

In den Interviews findet sich auch die Idee, dass Gesundheit mit der Abwesenheit von Schmerz und jeglicher Form von Krankheit gleichgesetzt wird, sodass beides die Alltagsbewältigung nicht einschränkt.

Psychische und physische Faktoren des Gesundheitsverständnisses

Während viele Jugendliche Gesundheit vor allem als Abwesenheit von körperlichen Krankheiten definieren, verstehen andere unter Gesundheit ein Zusammenspiel von psychischen und physischen Faktoren. Sie sind der Auffassung, dass die allgemeine Verfassung und somit die physische Gesundheit darunter leidet, wenn es ihnen psychisch nicht gut geht. Eine Befragte erklärt, dass für sie Stress eng mit der Einschränkung von psychischer Gesundheit verknüpft ist.

„*Fir mech gesond sinn, dat heescht kierperlech wéi och séilesch gesond ze sinn, well ech fannen, wann een och séilesch net gesond ass, dann ass awer och iergendwéi eppes do, wou een also net ganz gutt ass, mengen ech. [...] Also kierperlech ass fir mech, wann een iergendwéi eppes wéi huet, dann ass ee fir mech net gesond eben, an och de Moment, wann ee Stress oder sou schonn huet, gehéiert fir mech och schonn dozou, dass ee séilesch dann awer net gutt ass, dass een do schonn iergendwéi eppes huet.“*
(Elena, 23 Jahre, 63:3)

Eine weitere Befragte beschreibt, dass Gesundheit für sie zum einen aus dem Umgang mit dem eigenen Körper besteht, wie beispielsweise Sport treiben. Zum anderen können Probleme im Alltag und in menschlichen Beziehungen aus ihrer Sicht eine Belastung darstellen und sich somit auf das psychische Befinden auswirken.

„*Also ech fannen, do sinn zwee Aspekter dobäi. Déi kierperlech Gesondheet, also wéi een de Kierper ënnerhält. Gutt ësst, villäicht e bëssche Sport mécht. An och de psycheschen Aspekt, dat heescht: Wéi gutt Bezéiungen zu Persoune sinn, ob een elo an enger toxescher Bezéiung ass oder ob een och vun der Aarbecht hier sech fäerdeg mécht oder soss iergendeppes.“*
(Céline, 22 Jahre, 47:3)

Eine weitere Befragte argumentiert, dass man sich gleichzeitig körperlich gesund und psychisch krank fühlen kann.

„*Jo, also et geet net nëmme kierperlech. Also et ass schonn déi zwee, wou een, also fannen ech, muss drop oppassen. Och well ech mengen, et kann ee gesond, kann ee kargesond sinn, wat jo Gesondheet ugeet, mee mental oder sou kann een och komplett dofir, komplette Géigendeel sinn.“*
(Denise, 19 Jahre, 27:51)

Das Gesundheitsverständnis umfasst für viele Befragte neben körperlichen auch psychische Faktoren, die sie als gleichermaßen wichtig für ihre Gesundheit einschätzen.

Zugang zu ärztlicher Versorgung und einem funktionierenden Gesundheitssystem

Nur wenige Jugendliche bringen den Begriff der Gesundheit in den Interviews direkt mit der Gesundheitsversorgung und dem Gesundheitssystem in Luxemburg in Verbindung. Gesundheit bedeutet für sie auch, zum Arzt gehen zu können und Medikamente zu bekommen. Haben die Befragten aufgrund einer Krankheit nicht mehr die Möglichkeit, in Form von gesunder Ernährung oder Sport zu ihrer Gesundheit beizutragen, ist es für sie sehr wichtig, dass sie eine Anlaufstelle haben, an die sie sich mit ihren gesundheitlichen Problemen wenden können. Dies zeigt sich exemplarisch im folgenden Zitat:

„*Gesondheet ass fir mech, dass een och wann een eng Krankheet an sou huet, dass een en seriöen ..., iergendwou een Ulafspunkt huet, fir mat iergendengem ze schwätzen. Zum Beispill en Dokter oder sou. An och Medikamenter dogéint kritt, deemno wéi. An jo, ech fannen, dat ass och iwwerall am Land hei gutt vertraued.“*
(Marcel, 14 Jahre, 49:2)

Einige Jugendliche betonen, dass der Dialog zwischen Arzt und Patient wichtig sei. Ernst genommen zu werden mit einer bestimmten Krankheit, bedeutet demnach für sie nicht nur die Ausstellung eines Rezepts, sondern auch die Mitsprache.

„*An dass een, wann ee krank ass oder een brauch fir ze schwätzen, dass een dann d'Méiglegkeet huet fir bei den Dokter ze goen, oder dann mat engem kënnen ze schwätzen, wann eppes lass ass.“*
(Davide, 17 Jahre, 22:2)

Für diese Jugendlichen ist die ärztliche Versorgung ein wichtiger Aspekt ihres Gesundheitsverständnisses, der auf die Bedeutung eines insgesamt gut funktionierenden Gesundheitssystems in Luxemburg verweist.

Gesundheit als Eigenverantwortung und Selbstfürsorge

Einige der Jugendlichen verbinden mit Gesundheit vorrangig gesunde Ernährung und das Treiben von Sport. Sie sind der Meinung, dass sie selbst etwas für ihre Gesundheit tun und Krankheiten vorbeugen können – Gesundheit bedeutet Aktivität und Eigeninitiative. Aus ihrer Sicht trägt ihr Lebensstil einen entscheidenden Teil zu ihrer Gesundheit bei. Einige erwähnen, dass sie darauf

achten, nicht zu viel Stress zu haben und Aktivitäten zu betreiben, die ihnen guttun, wie mit Freunden etwas zu unternehmen oder Zeit für sich zu haben.

“*Gesondheet, dat ass also wann ee gesond ass, jo, dass ee kierperlech gesond ass, sportlech also, dass ee Sport mécht oder sech beweegt an oppasst wat een ässt. An vill Geméis an sou Saachen ässt, an och sou mental, dass een net an ze vill Stress, dass een net ze vill Stress huet, an dass ee Saache mécht, déi een gären mécht sou. An och sou Zäit fir sech selwer hunn an och Zäit fir Kolleegeen sou.*“

(Sonja, 20 Jahre, 41:6)

Viele beschreiben Gesundheit auch als einen Prozess des Gesundbleibens oder Gesundwerdens. Sie sehen sich dabei als eigenverantwortlich handelnde Personen, die diesen Prozess und damit das Ergebnis beeinflussen können. Entsprechend nennen sie Handlungen wie Bewegung, gesunde Ernährung oder an der frischen Luft sein, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken.

“*Ech géif soen, gesond ernären, Sport maachen, genuch beweegen. Net nëmmen de ganzen Dag sätzen an um Handy spillen.*“

(Valerie, 15 Jahre, 32:4)

Gleichzeitig sehen sie sich als eigenverantwortlich in Bezug auf gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, wie beispielsweise Rauchen, Alkohol trinken oder zu viel mit dem Handy spielen. Durch das Vermeiden dieser Aktivitäten leisten sie ebenfalls einen Beitrag zu ihrer Gesundheit.

“*Ma mol gesond ernären, net fëmmen, net ze vill Alkohol drénken, Sport maache reegelméisseg, an och sou méi an d'frësch Loft goen, an net ganzen Zäit an engem ..., banne sinn sou, jo dat ass mol haaptsächlech.*“

(Tom, 17 Jahre, 43:4)

4.2.3 Wohlbefinden und Gesundheit – Zusammenhänge aus Sicht der Jugendlichen

Um nachvollziehen zu können, was Jugendliche unter Wohlbefinden und unter Gesundheit verstehen, wurden sie befragt, in welcher Relation für sie die beiden Begriffe zueinander stehen. Eine der befragten Jugendlichen erläutert, dass Wohlbefinden der Gesundheit, Familie, Arbeit und materiellem Wohlstand übergeordnet sei.

“*Wuelbefannen ass fir mech wéi e Puzzle, souzesoen, do gehéieren e puer Stécker derbäi, dat heescht do gehéiert Famill derbäi, do gehéiert Gesondheet derbäi,*

Einige Jugendliche berichten, dass Gesundheit für sie bedeutet, die Balance zwischen gesundheitsförderlichen und -schädlichen Verhaltensweisen zu halten. Sie verstehen unter Gesundheit Handlungen der Selbstfürsorge und sie versuchen, sich mit ihren Bedürfnissen wahrzunehmen und diese in Einklang mit ihren Vorstellungen von einem gesunden Leben zu bringen.

“*Also ech kucken ëmmer, dass ech sou an der Balance sinn, sou tèschent schaffen an tèschent relaxéieren zum Beispill. Oder och, dass ech, also jo ech kucken ëmmer sou op Balance, fir dass ech sou Zäit fir mech hunn an Zäit mat Kolleegeen, an och mam lessen, dass ech dann zum Beispill wierklech vill Geméis an Zaloten iessen an dann heiansdo dann Chipsen oder sou Saachen, mee dass dat awer alles sou am Gläichgewiicht ass, jo am Fong ass mir dat scho wichteg, also ech passen doropper op sou.*“

(Sonja, 20 Jahre, 41:39)

Zusammenfassend bestätigen die qualitativen Studien deutlich den für Erwachsene gut belegten Befund, dass viele Jugendliche Gesundheit im Wesentlichen als die Abwesenheit von Krankheiten verstehen. In einer etwas weiter gefassten Vorstellung bedeutet „gesund sein“ ein Leben ohne körperliche Einschränkungen, sodass der Alltag selbstbestimmt bewältigt werden kann. Andere Befragte haben ein umfassenderes Verständnis von Gesundheit, das eine physische und psychische Dimension umfasst. Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist, dass viele Jugendliche davon ausgehen, dass sie selbst ihren Gesundheitszustand beeinflussen können, und sich dementsprechend in der Verantwortung sehen, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu pflegen.

do gehéiert eben d'Aarbecht, d'Beruffswelt, plus d'Suen och, déi een huet, eigentlech all sou Alldagssaachen gehéieren derzou. Wann eppes net gutt ass, da fillt een sech net méi sou wuel, wéi soss ëmmer.“

(Marisa, 19 Jahre, 28:12)

Demnach ist Gesundheit ein Teilaspekt des Wohlbefindens. Eine Befragte beschreibt den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Wohlbefinden mit einem Verweis auf Krankheiten. Wenn man krank sei, fühle

man sich oft nicht wohl, da das Wohlbefinden durch die Krankheit eingeschränkt werde. Sie sieht allerdings auch, dass dieses Erklärungsmodell nicht auf alle Krankheiten angewandt werden kann. Sie ist der Meinung, dass man sich mit chronischen Krankheiten wohlfühlen kann, da man mit der Krankheit zu leben lernen und sie somit dauerhaft akzeptieren kann.

„Also Gemeinsamkeiten ass fir mech eben, et ass natierlech, du fills dech normalerweis jo, denken ech emol, wuel, wann s du och gesond bass. Wann s du krank bass, et gi villäicht Leit, wou sech dann trotzdeem wuel fannen, mee am normale verbannen d'Leit awer domat, wann een sech wuel fillt, dann ass ee gesond. [...] Den Ënnerscheid ass, ech mengen, wann een eng Krankheet huet, déi onheelbar ass, soen ech emol sou, dee kann awer soen: ‚Ech fille mech awer wuel!‘“
(Alexandra, 28 Jahre, 54:5)

Während viele Jugendliche die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Wohlbefinden hervorheben, sehen andere eine deutliche Trennung. Sie assoziieren Gesundheit vorrangig mit der körperlichen Gesundheit und gesundheitsfördernden Maßnahmen. Wohlbefinden bringen sie dagegen vorrangig mit psychischen Aspekten in Verbindung. Ein Befragter stellt den hohen Stellenwert des eigenen Selbstverständnisses sowie seiner Wahrnehmung durch andere heraus.

„Fir mech ass éischer d'Gesondheet kierperlech gesinn an d'Wuelbefannen éischer wierklech dat Ënnerlecht, de Mënsch selwer. Sou wéi een sech gesäit, kuckt, dass een sech heiansdo och denkt: ‚Wéi gesinn déi aner mech?‘ Dat ass fir mech sou d'Wuelbefannen, jo.“
(Marvin, 18 Jahre, 56:4)

Eine weitere Befragte trennt zwischen Gesundheit und Wohlbefinden bzw. sieht im Wohlbefinden eine

allumfassende Bedeutung, bei der zu den körperlichen Gesundheitsaspekten noch weitere gehören.

„Also Gesundheit beziehe ich eher auf mein physisches und psychisches Befinden, also bin ich körperlich fit, bin ich krank, habe ich 'ne Erkältung und Wohlbefinden, da finde ich fließt da noch ein bisschen mehr mit rein, ob ich auch glücklich bin, das ist bei der Gesundheit eher nebensächlich!“
(Erika, 22 Jahre, 6:2)

Zusammenfassend ergibt sich aus den qualitativen Interviews, dass es für viele Jugendliche zwischen Gesundheit und Wohlbefinden eine unmittelbare Verbindung gibt, etwa wenn Krankheiten sich auf die psychische und physische Gesundheit und damit auf ihr Wohlbefinden auswirken.

Unter dem Begriff Gesundheit verstehen viele Jugendliche zunächst die körperliche Dimension. Gesundheit wird von ihnen definiert als Abwesenheit von Krankheit und körperlichen Einschränkungen. Jugendliche sehen sich als eigenverantwortlich für ihre Gesundheit und es ist ihnen wichtig, einen gesunden Körper zu haben. Für viele spielt beim Begriff der Gesundheit aber nicht nur der Körper eine Rolle, sondern auch die Psyche.

Mit Wohlbefinden verbinden Jugendliche vorrangig einen Gefühlszustand. Dazu gehören eine nach innen gerichtete Zufriedenheit mit sich selbst und dem eigenen Körper sowie eine nach außen gerichtete Zufriedenheit mit dem sozialen Umfeld. Gute Freunde und eine Familie, auf die sie sich verlassen können, sind für das eigene Wohlbefinden essentiell. Grundsätzlich orientiert sich das Verständnis von Wohlbefinden und Gesundheit an den Lebenswelten der Jugendlichen und hängt stark von den Erfahrungen ab, die sie gemacht haben (Armezzani & Paduanello, 2013; Bourke & Geldens, 2007; Rademaker, 2016).

4.3 Die Bewertung des Wohlbefindens

Im Folgenden wird aufgezeigt, wie Jugendliche ihr Wohlbefinden bewerten. In den qualitativen Interviews hat sich gezeigt, dass Wohlbefinden aus der Sicht der meisten Jugendlichen etwas anderes ist als Gesundheit. Wohlbefinden wird häufig als umfassenderes Konzept aufgefasst, das neben der körperlichen und mentalen Gesundheit auch viele weitere Aspekte umfasst, z. B. stabile soziale Beziehungen zu haben, Glück zu empfinden, sozial und ökonomisch abgesichert zu sein und ein sinnerfülltes Leben zu führen. Wie in Kapitel 2 dieses Berichtes bereits ausgeführt wurde, gibt es auch in der Wissenschaft nicht

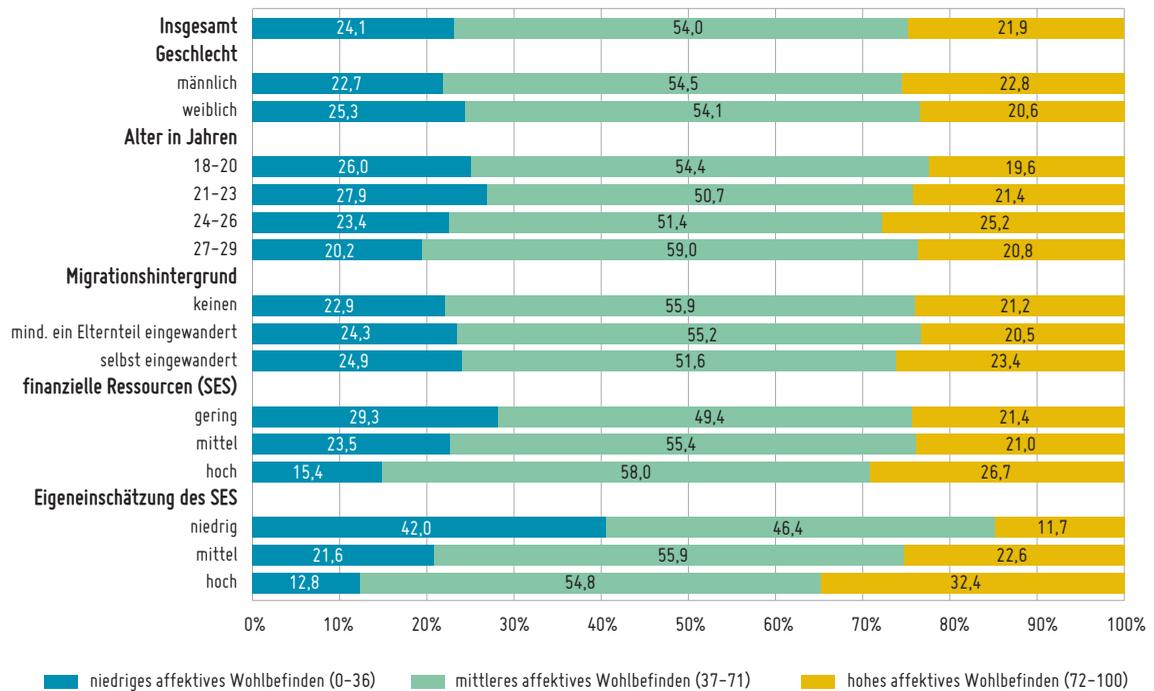
das eine Konzept des Wohlbefindens, vielmehr gibt es verschiedene Perspektiven, die unter anderem von der wissenschaftlichen Disziplin abhängen. Im Folgenden werden daher zwei unterschiedliche Dimensionen des Wohlbefindens analysiert, die sich häufig in der Literatur finden: die affektive Dimension des Wohlbefindens und die kognitive Dimension des Wohlbefindens (Diener, 1984). Zusätzlich wird das Empfinden von Stress analysiert, da in den qualitativen Interviews immer wieder Stress als große Beeinträchtigung des Wohlbefindens genannt wurde.

4.3.1 Das affektive Wohlbefinden und seine Bedingungsfaktoren

Das affektive Wohlbefinden wurde im *Youth Survey Luxembourg (YSL)* mit Hilfe des WHO-5-Wohlbefindens-Index¹ gemessen. Große Unterschiede in der Bewertung ihres Wohlbefindens zeigten sich vor allem in Abhängigkeit von der sozialen Herkunft der Jugendlichen. Wer über hohe finanzielle Ressourcen verfügt, hat deutlich seltener ein niedriges affektives Wohlbefinden als Personen, deren finanzielle Ressourcen gering sind. Noch stärker

ausgeprägt ist dieses Muster je nach subjektiver Einschätzung des Sozialstatus. Wer den eigenen Sozialstatus als niedrig einschätzt, hat eine mehr als dreimal höhere Wahrscheinlichkeit für ein niedriges Wohlbefinden im Vergleich zu einer Person, die ihren Sozialstatus als hoch empfand. Die Unterschiede nach Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund sind demgegenüber viel geringer.

Abbildung 10: WHO-5-Wohlbefindens-Index nach soziodemografischen Merkmalen



Quelle: YSL 2019; n (ungewichtet) = 2081, die Berechnungen basieren auf gewichteten Daten.

1 Der WHO-5-Wohlbefindens-Index ist ein von der Weltgesundheitsorganisation entwickeltes und weit verbreitetes Maß zur Messung des affektiven Wohlbefindens. Der Index basiert auf 5 positiv formulierten Aussagen, die den emotionalen Zustand einer Person beschreiben (z. B. „Ich war froh und guter Laune“) und ihre Vitalität (z. B. „Ich habe mich energisch und aktiv gefühlt“). Die Befragten geben dazu an, inwieweit diese Aussagen auf sie in letzter Zeit zugetroffen haben, wobei die Antwortskala von „zu keinem Zeitpunkt“ (Code 0) bis „die ganze Zeit“ (Code 5) reicht. Zur Berechnung des WHO-5-Wohlbefindens-Index werden die Codewerte aller 5 Aussagen addiert und mit 4 multipliziert, so dass der Index von 0 bis 100 reicht, wobei 0 für das niedrigste Wohlbefinden steht und 100 für das höchste Wohlbefinden. Die Aussagen des Index zielen auf das aktuelle emotionale Wohlbefinden ab und in Studien hat sich gezeigt, dass der Index als Indikator für Depressionen gedeutet werden kann. Allerdings werden je nach Population und Zweck unterschiedliche Grenzwerte genannt. Topp und Kollegen empfehlen bei Screenings auf Depressionen den Grenzwert bei ≤ 50 anzusetzen (Topp et al., 2015). Für die folgende Auswertung wird jedoch ein niedriges affektives Wohlbefinden im Wertebereich von 0 bis 36 angesetzt, basierend auf einer Empfehlung, die für Jugendliche gilt (Allgaier et al., 2012). Als mittleres Wohlbefinden wurde der Bereich 37 bis 71 definiert, der Wertebereich von 72 bis 100 wurde als hohes affektives Wohlbefinden bewertet.

Die Daten des YSL zeigen darüber hinaus, dass das affektive Wohlbefinden der Jugendlichen mit dem Vorhandensein von chronischen Krankheiten korreliert² sowie mit der Einschätzung des Gesundheitszustands³. Jugendliche ohne chronische Erkrankung haben deutlich häufiger ein hohes affektives Wohlbefinden (28,1 %) als Jugendliche mit chronischer Erkrankung (18,6 %).

Jugendliche, die ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet bewerten, haben deutlich häufiger ein hohes affektives Wohlbefinden (35,7 %) als Jugendliche, die ihren Gesundheitszustand als gut, mittel oder schlecht bewerten (14,7 %). Damit bestätigen die Umfragedaten das Ergebnis der qualitativen Interviews, dass Gesundheit und Wohlbefinden eng miteinander verbunden sind.

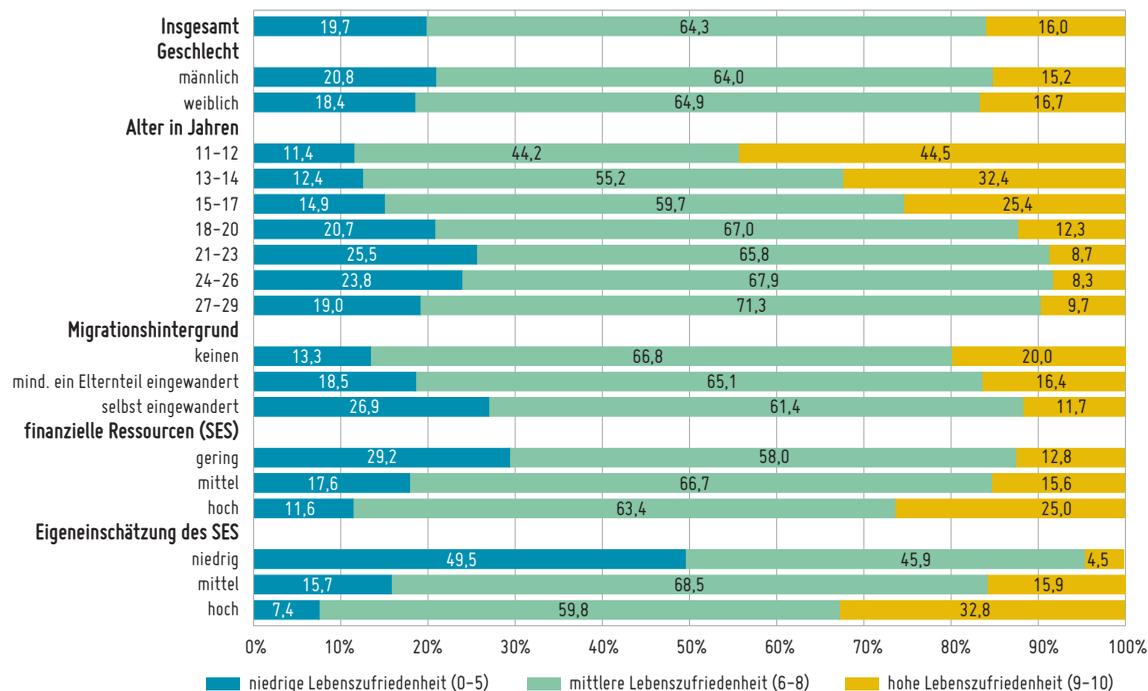
4.3.2 Das kognitive Wohlbefinden und die Bedeutung der Lebenszufriedenheit

In den Umfragen wird häufig nach der Lebenszufriedenheit gefragt. Da bei dieser Frage die Aufgabe darin besteht, verschiedene Aspekte des Lebens (z. B. soziale Einbindung, Gesundheit, Wohlstand) zu bedenken und in ihrer Gesamtheit zu bewerten, wird die Lebenszufriedenheit als Maß des kognitiven Wohlbefindens interpretiert. Im Unterschied zum affektiven Wohlbefinden, wie es durch den WHO-5-Wohlbefindens-Index gemessen wird, geht es beim kognitiven Wohlbefinden um die Gewichtung aller Aspekte, die zur Lebenszufriedenheit beitragen können, wobei es häufig den Befragten selbst überlassen

ist, diese Aspekte als Elemente ihrer Lebenszufriedenheit zu definieren.

Aus Studien ist bekannt, dass eine hohe Lebenszufriedenheit bei Jugendlichen einhergeht mit einer gesünderen Psyche (Levin & Currie, 2014), einer besseren Bewertung der eigenen Gesundheit (Hodačová et al., 2017) und einem geringeren Konsum von Drogen (Zullig et al., 2001). Jugendliche Mobbingopfer (Gobina et al., 2008) und Jugendliche, die mit ihren Eltern nicht über Probleme reden können (Levin et al., 2012), haben eine niedrigere Lebenszufriedenheit.

Abbildung 11: Lebenszufriedenheit nach soziodemografischen Merkmalen



Quellen: HBSC 2018 & YSL 2019; n (ungewichtet) = 10031, die Berechnungen basieren auf gewichteten Daten.

- 2 Die chronischen Krankheiten werden in Abschnitt 4.4.2 dieses Kapitels erläutert.
- 3 Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes wird in Abschnitt 4.4.1 dieses Kapitels erläutert.

Die Lebenszufriedenheit wurde mit Hilfe der Cantril-Leiter erhoben.⁴ Da die Lebenszufriedenheit der meisten Befragten hoch ist, wurden alle Werte von 0 bis zur mittleren Angabe 5 als „niedrige Lebenszufriedenheit“ eingestuft, Werte von 6 bis 8 wurden als mittlere Lebenszufriedenheit und die beiden höchsten Werte 9 und 10 als „hohe Lebenszufriedenheit“ eingestuft.

Abbildung 11 zeigt, dass die Unterschiede in der Lebenszufriedenheit je nach Alter, Migrationshintergrund und Sozialstatus groß sind, wohingegen die Geschlechterunterschiede gering sind. Während fast die Hälfte der 11- bis 12-Jährigen eine hohe Lebenszufriedenheit angibt, gibt dies nur einer von zehn der 27- bis 29-Jährigen an. Mit dem Alter der Jugendlichen sinkt somit der Anteil der Personen mit einer hohen Lebenszufriedenheit. Der Rückgang der Lebenszufriedenheit im Verlauf der Jugend ist auch in anderen Ländern gut in der Forschung belegt (Ree & Alessie, 2011).

Eine hohe Lebenszufriedenheit wird häufiger von Befragten ohne Migrationshintergrund angegeben als von Befragten mit Migrationshintergrund, wobei die zweite Generation der Migranten eine höhere Lebenszufriedenheit angibt als diejenigen, die selbst eingewandert sind. Je höher der Sozialstatus ist, desto höher ist auch die Lebenszufriedenheit.

Im Zeitverlauf hat sich die Lebenszufriedenheit der luxemburgischen Jugendlichen kaum verändert. Im Jahr 2006 lag der Anteil der Schüler mit einer hohen Lebenszufriedenheit bei 29,9 %, im Jahr 2018 lag er bei 31,5 %. Diese Veränderung war zwar nicht für die Schüler insgesamt statistisch signifikant, aber es gab einzelne soziodemografische Gruppen unter den Schülern (z. B. Mädchen im Alter von 15 bis 18 Jahren), bei denen ein signifikanter Anstieg der Lebenszufriedenheit zu verzeichnen war (Heinz, van Duin, et al., 2020).

In der qualitativen Befragung konnten Persönlichkeitsmerkmale als weitere wichtige Faktoren im Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit und dem Wohlbefinden von Jugendlichen identifiziert werden. Hier hat sich gezeigt, dass Jugendliche eine positive Lebenseinstellung, aber auch hohe Sozialkompetenzen als wesentliche Faktoren für ein hohes Wohlbefinden sehen. Dagegen stellen eine niedrige Kontaktfähigkeit oder Unsicherheit in sozialen Situationen beeinträchtigende Faktoren dar. Eine Reihe von Studien hat bereits Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Wohlbefinden belegen können und gezeigt, dass etwa eine positive Lebenseinstellung und eine hohe Selbstwirksamkeit das subjektive Wohlbefinden der Jugendlichen positiv beeinflussen (Lyssenko et al., 2010; Rademaker, 2018).

4.3.3 Stressempfinden

Stress ist in der Gesundheitsforschung ein zentrales Konzept, wobei es verschiedene Modelle von Stress gibt (Abel et al., 2018). Als besonders einflussreich hat sich das auf Lazarus zurückgehende transaktionale Stressmodell erwiesen, wonach Stress dann entsteht, wenn eine Person das Gefühl hat, die an sie gestellten Anforderungen nicht mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen bewältigen zu können (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984). Auf diesem Modell baut *Cohen's Perceived Stress-Scale* auf (Cohen et al., 1983), die ein Maß für unspezifischen Stress ist, d. h. Stress, der nicht an bestimmte Situationen gebunden ist (z. B. Schule, Beruf oder Partnerschaft). In einer Übersichtsstudie hat sich gezeigt, dass diese Skala

stark mit der mentalen Gesundheit korreliert und mäßig bis stark mit Depressionen und Angststörungen (Lee, 2012).

In der Befragung der *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC)-Studie und im YSL wurde die Kurzform von *Cohen's Perceived Stress-Scale* (PSS-4) genutzt. Die Teilnehmer werden gefragt, wie oft sie sich „im Umgang mit ihren eigenen Problemen sicher fühlen“, „sich die Dinge nach den eigenen Vorstellungen entwickeln“, ob sie „das Gefühl haben, wichtige Dinge im Leben nicht beeinflussen zu können“, und „das Gefühl haben, dass die Probleme so groß sind, dass sie nicht gelöst werden können“. Bei der Addition der Antwortcodes (0–4) kann

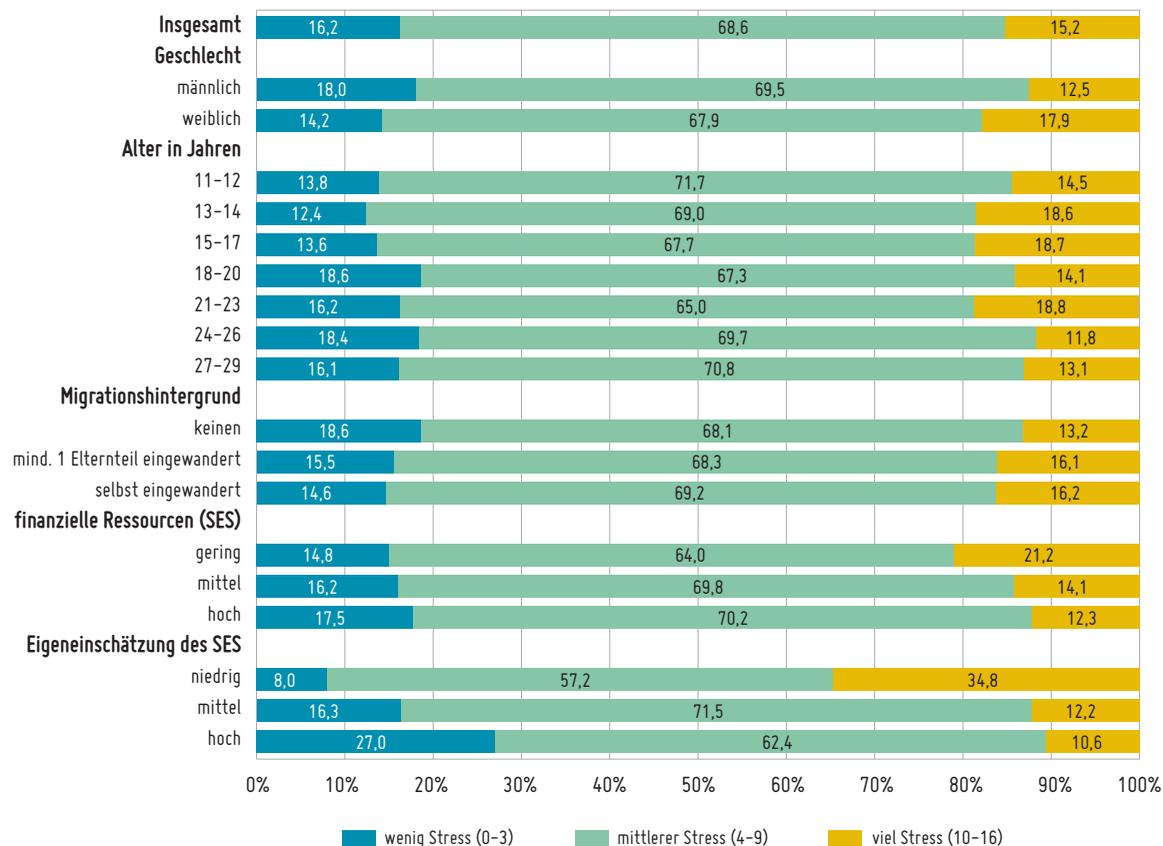
⁴ Die Cantril-Leiter ist ein etabliertes Instrument zur Messung der Lebenszufriedenheit. Sie verwendet folgende Frage: „Hier ist das Bild einer Leiter. Die oberste Sprosse dieser Leiter stellt das beste für dich mögliche Leben dar. Der Boden, auf dem die Leiter steht, ist ‚0‘, er stellt das schlechteste Leben dar, das für dich in deiner Situation möglich wäre. Insgesamt betrachtet: auf welcher Sprosse der Leiter findest du, dass du derzeit stehst?“ (Cantril, 1965).

das Ergebnis von 0 bis 16 reichen, wobei höhere Werte für ein höheres Maß an Stress stehen.⁵

Jungen und Männer sind weniger von Stress betroffen als Mädchen und Frauen. Das Alter der Befragten spielt zwar eine Rolle beim Stressempfinden, allerdings ist kein klares Muster zu erkennen – der Anteil der Gruppe mit viel Stress schwankt vielmehr unregelmäßig mit dem Alter. Personen ohne Migrationshintergrund sind in der Gruppe mit viel Stress etwas unterrepräsentiert und in der

Gruppe mit wenig Stress etwas überrepräsentiert, aber insgesamt sind die Unterschiede in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund gering. Deutlicher ist der Unterschied nach Sozialstatus. Es zeigt sich, dass Personen mit geringen finanziellen Ressourcen und Personen, die ihren Sozialstatus als niedrig einschätzen, deutlich mehr Stress haben als diejenigen mit mittleren und hohen finanziellen Ressourcen beziehungsweise Personen, die ihren Sozialstatus als mittel oder hoch einschätzen.

Abbildung 12: Wahrgenommener Stress nach PSS-4 (Cohen et al., 1983), nach soziodemografischen Merkmalen



Quellen: HBSC 2018 & YSL 2019; n (ungewichtet) = 9528, die Berechnungen basieren auf gewichteten Daten.

⁵ Die Werte des PSS-4 werden in drei Gruppen eingeteilt, wobei Werte von 0 bis 3 für „wenig Stress“ stehen, Werte im Bereich 4–9 „mittleren Stress“ anzeigen und Werte von 10 bis 16 als „viel Stress“ definiert sind. Diese Einteilung entspricht den Wertebereichen von einer Standardabweichung oberhalb und unterhalb des Mittelwerts, was dazu führt, dass rund zwei Drittel der Befragten in den mittleren Bereich fallen und jeweils rund ein Sechstel in den oberen und unteren Bereich.

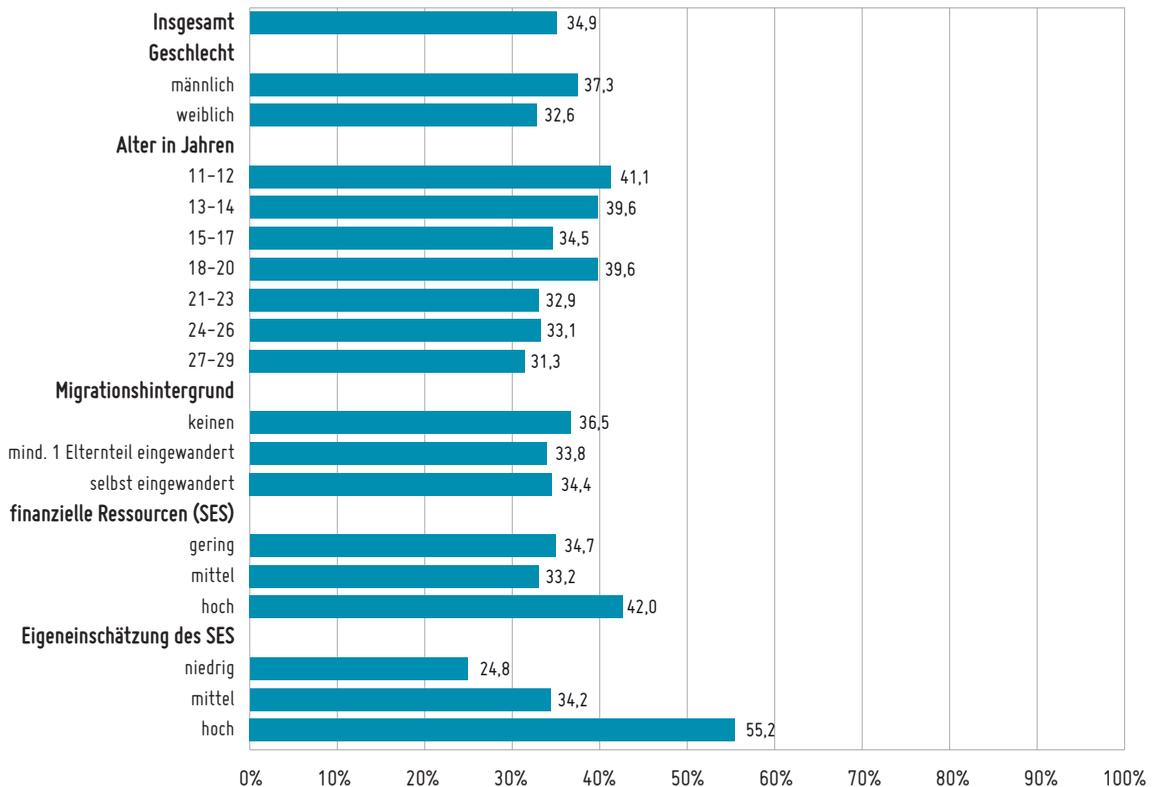
4.4 Die Bewertung der Gesundheit

4.4.1 Die Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes

In Umfragen zum Thema Gesundheit wird oft danach gefragt, wie die Teilnehmer ihren Gesundheitszustand einschätzen. Häufig zielt die Frage darauf ab, dass sie ihre Gesundheit „im Großen und Ganzen“ einschätzen und bei dieser Beurteilung kurzfristige Einschränkungen ignorieren sollen. Solche Einschätzungen sind unter anderem ein guter Prädiktor für die Mortalität in der allgemeinen Bevölkerung (DeSalvo et al., 2006). Aus Umfragen unter Jugendlichen ist bekannt, dass sie ihre Gesundheit schlechter einschätzen, wenn sie täglich rauchen, schon einmal betrunken waren, unter psychosomatischen Beschwerden leiden, selten Sport treiben, gemobbt wurden und im sozialen Umgang

Probleme haben und nicht gut mit ihren Eltern über Probleme reden können (Kelleher et al., 2007). In einer international vergleichenden Analyse hat sich gezeigt, dass Jugendliche aus weniger wohlhabenden Familien ihre Gesundheit in der Regel schlechter einschätzen als Jugendliche aus wohlhabenden Familien. Dies kann zum Teil darauf zurückgeführt werden, dass Kinder aus weniger wohlhabenden Familien über schlechtere psychosoziale Voraussetzungen verfügen (sie haben schlechtere Beziehungen zu Eltern und Freunden usw.) und sie sich häufiger gesundheitsschädlich verhalten (sie rauchen häufiger, treiben weniger Sport usw.) (Moor et al., 2014).

Abbildung 13: Anteil der Befragten, die ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“ bewerten, nach soziodemografischen Merkmalen



Quellen: HBSC 2018 & YSL 2019; n (ungewichtet) = 10051, die Berechnungen basieren auf gewichteten Daten.

Des Weiteren zeigten sich folgende Zusammenhänge: Jugendliche, deren Eltern alleinerziehend sind, schätzen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als Jugendliche, die mit beiden Elternteilen leben. Zudem verschlechtert sich bei den Jugendlichen die gesundheitliche Selbsteinschätzung mit steigendem Alter, und männliche Jugendliche schätzen ihren Gesundheitszustand durchschnittlich besser ein als weibliche (Inchley et al., 2020). Die Geschlechterunterschiede können mit biologischen Unterschieden erklärt werden, aber auch mit immer noch bestehenden Unterschieden in den Geschlechterrollenstereotypen. Ein typisch männliches Ideal ist es, sich als stark zu präsentieren und keine als weiblich konnotierten Gefühle und Verhaltensweisen zu zeigen (Heise et al., 2019). Sich um die eigene Gesundheit und die Gesundheit der Familie zu kümmern, gilt dagegen als traditionelle Domäne der Frau, so dass sich Frauen

auch eher als Männer einen schlechteren Gesundheitszustand eingestehen können (Heise et al., 2019; Torsheim et al., 2006).

Um den subjektiven Gesundheitszustand zu erheben, wurde in der HBSC-Studie und im YSL gefragt: „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?“

Abbildung 13 zeigt den Anteil der Schüler und jungen Erwachsenen in Luxemburg, die ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“ bewerten, was insgesamt auf 34,9 % zutrifft. Dieser Anteil ist bei den Jungen und Männern höher als bei den Mädchen und Frauen. Mit höherem Alter ist dieser Anteil niedriger, wobei er jedoch nicht gleichmäßig sinkt. Während die Unterschiede je nach Migrationshintergrund nicht groß sind, ist der subjektive Sozialstatus bedeutend – je höher die Befragten ihren Sozialstatus einschätzen, desto häufiger bewerten sie ihre Gesundheit als ausgezeichnet.

4.4.2 Chronische körperliche Erkrankungen

Im YSL wurde nach diagnostizierten chronischen Erkrankungen gefragt (siehe Tabelle 5). Am häufigsten wurden milde Allergien genannt (35,8 %), womit beispielsweise Heuschnupfen gemeint ist. Mit großem Abstand folgen chronische Rückenprobleme (17,1 %) und Asthma (11,2 %). Bluthochdruck (4,6 %), schwere Allergien (3,7 %), Epilepsie (2,5 %), Arthritis (1,0 %), Diabetes (1,0 %), Krebs (0,7 %) und HIV/AIDS (0,1 %) wurden deutlich seltener genannt. In der Sammelkategorie „andere chronische Erkrankungen“ wurden Erkrankungen genannt, die nicht in der Liste aufgeführt sind und für sich genommen selten sind, allerdings in der Summe immerhin 9,2 % der Befragten betreffen. Eine Auszählung aller abgefragten chronischen Krankheiten ergibt, dass knapp weniger als die Hälfte (47,4 %) der Befragten nicht von chronischen Krankheiten betroffen war oder derzeit betroffen ist, rund ein Drittel hat eine chronische Krankheit angegeben und fast jeder fünfte Teilnehmer hat zwei oder mehr

chronische Krankheiten angegeben. Wenn die häufig genannten milden Allergien aus dieser Zählung ausgeschlossen werden, dann reduzieren sich diese Zahlen jedoch deutlich: Fast zwei Drittel (64,7 %) waren oder sind aktuell nicht von chronischen Krankheiten betroffen, etwas über ein Viertel hat eine chronische Krankheit angegeben und rund jeder vierzehnte Befragte hat zwei oder mehr chronische Krankheiten angegeben.

Diese Angaben decken sich weitgehend mit den Ergebnissen der schulmedizinischen Untersuchungen, die ebenfalls hohe Prävalenzen bei chronischen Erkrankungen und bei Erkrankungen des Bewegungsapparates ergeben (Ministère de la Santé, 2019), was für die Validität der Angaben der Jugendlichen im YSL spricht. Zudem unterstreichen die Daten, dass chronische Krankheiten auch bei jungen Erwachsenen eine nennenswerte Rolle spielen.

Tabelle 5: Anteil der 18- bis 29-Jährigen nach diagnostizierter chronischer körperlicher Erkrankung

Diagnostizierte chronische körperliche Erkrankungen		
	Wurde diagnostiziert	N
(Milde) Allergien	35,8 %	1.960
Chronische Rückenprobleme	17,1 %	1.906
Asthma	11,2 %	1.956
Bluthochdruck	4,6 %	1.971
Schwere Allergien	3,7 %	1.968
Epilepsie	2,5 %	1.983
Arthritis	1,0 %	1.959
Diabetes	1,0 %	1.988
Krebs	0,7 %	1.988
HIV oder AIDS	0,1 %	1.986
Andere chronische Erkrankungen	9,2 %	1.247
	Inklusive milder Allergien (N = 1.747)	Exklusive milder Allergien (N = 1.774)
Keine chronische Erkrankung	47,4 %	64,7 %
Eine chronische Erkrankung	33,6 %	28,2 %
Zwei chronische Erkrankungen	14,3 %	5,9 %
Drei oder mehr chronische Erkrankungen	4,7 %	1,2 %

Quelle: YSL 2019, die Berechnungen basieren auf gewichteten Daten.

4.4.3 Der Gewichtsstatus und dessen subjektive Einschätzung

Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) sind laut der *Global Burden of Disease Study* globale Pandemien – im Jahr 2015 waren weltweit mehr als 100 Millionen Kinder und mehr als 600 Millionen Erwachsene fettleibig. Zu hohe Werte des Body-Mass-Index (BMI) waren allein im Jahr 2015 für 4 Millionen Todesfälle verantwortlich, die meisten davon aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Typ-2-Diabetes (Afshin et al., 2017). Die Bedeutung von Übergewicht und Adipositas als Gesundheitsrisiken hat in den letzten Jahren zugenommen. So stand ein zu hoher Body-Mass-Index im Jahr 2015 (nach Rauchen und Bluthochdruck) auf Platz 3 der bedeutendsten Gesundheitsrisiken in Luxemburg. Im Jahr 1990 war es lediglich Platz 13 (Forouzanfar et al., 2016). Auch der HBSC-Trendbericht hat gezeigt, dass der Anteil der übergewichtigen Schüler in Luxemburg zwischen 2006 und 2018 gestiegen ist (Heinz, van Duin, et al., 2020).

Adipositas in der Adoleszenz ist auch deshalb ein Gesundheitsproblem, weil damit das Risiko um das Fünffache steigt, als Erwachsener adipös zu sein (Simmonds et

al., 2016). Allerdings ist Adipositas nicht nur ein Problem mit Blick auf die Zukunft, vielmehr haben übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche auch ein erhöhtes Risiko beispielsweise für kardiovaskuläre Krankheiten, wie etwa erhöhten Blutdruck und erhöhte Blutfettwerte (Friedemann et al., 2012).

Im Folgenden wird zunächst der Gewichtsstatus der Teilnehmer der HBSC-Befragung und des YSL anhand von soziodemografischen Merkmalen dargestellt. Anschließend wird ausgewiesen, wie die Befragten ihren Gewichtsstatus selbst einschätzen, d. h., ob sie davon ausgehen, dass sie zu dick oder zu dünn sind. Danach werden der tatsächliche Gewichtsstatus und der subjektive Gewichtsstatus abgeglichen. Dieser Abgleich zeigt, ob die Befragten ihren Gewichtsstatus korrekt einschätzen oder sich für dicker oder dünner halten, als es ihrem Gewichtsstatus entspricht.

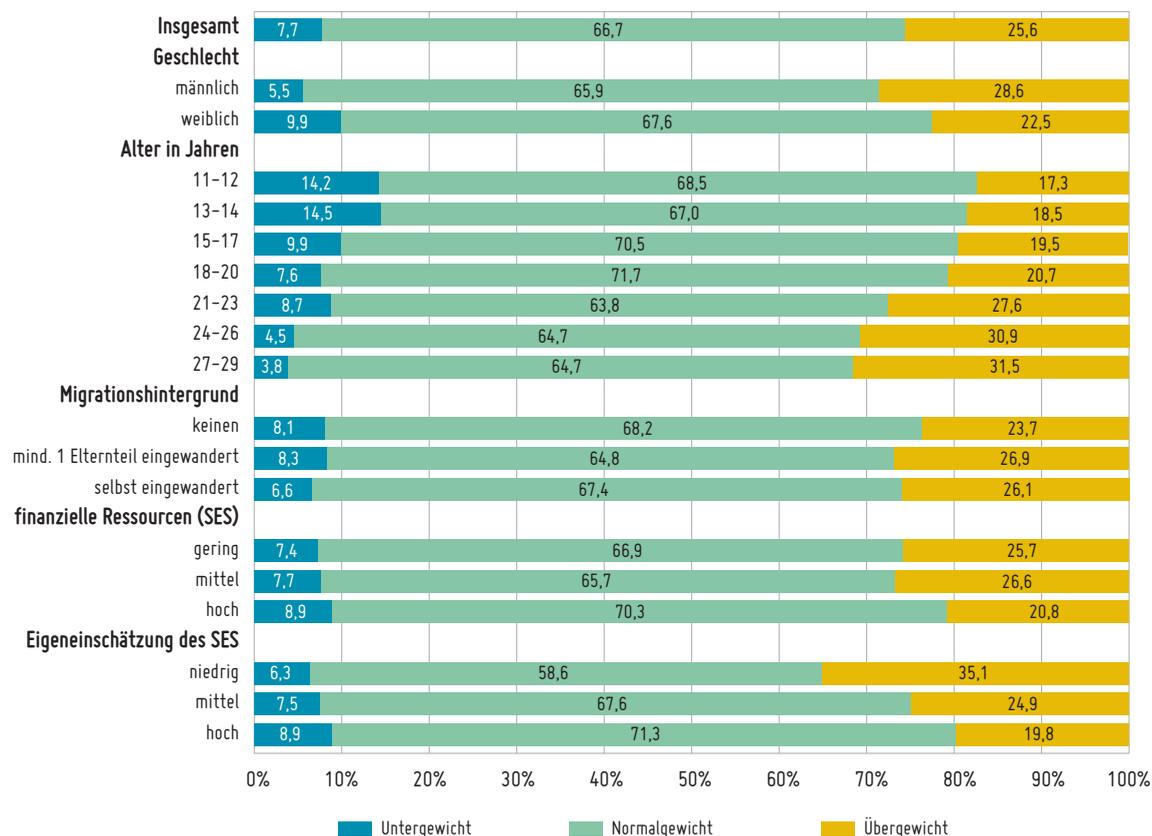
Die folgende Einteilung des Gewichtsstatus in Übergewicht, Normalgewicht und Untergewicht basiert auf dem BMI, der berechnet wird, indem das Gewicht in

Kilogramm durch die quadrierte Körpergröße in Meter geteilt wird (kg/m²). Die Angaben zu Größe und Gewicht beruhen auf der Selbstausskunft der Befragten, wobei unrealistische Werte ausgeschlossen wurden. Laut WHO gelten Erwachsene mit einem BMI von 25 oder höher als „übergewichtig“, Erwachsene mit einem BMI von 30 oder mehr gelten als „adipös“ (WHO expert consultation, 2004). Für Kinder und Jugendliche gibt es keine festen BMI-Grenzwerte, weil sich bei ihnen das Verhältnis von Körpergröße und -gewicht im Laufe des Wachstums stark ändert. Dementsprechend gibt es alters- und geschlechtsspezifische BMI-Grenzwerte, im Folgenden wurden die etablierten Grenzwerte der *International Obesity Task Force (IOTF)* genutzt (Cole & Lobstein, 2012).

Abbildung 14 beschreibt den Gewichtsstatus verschiedener soziodemografischer Gruppen unter den

Jugendlichen in Luxemburg. Insgesamt ist Übergewicht mit 25,6 % ungefähr dreimal häufiger als Untergewicht (7,7 %). Des Weiteren zeigt sich, dass Jungen und Männer häufiger übergewichtig sind als Mädchen und Frauen – bei Untergewicht ist es umgekehrt. Je älter die Befragten sind, desto weniger von ihnen sind untergewichtig: während 14,2 % der 11- bis 12-Jährigen untergewichtig sind, beträgt dieser Anteil nur noch 3,8 % im Alter von 27 bis 29. Der höhere Anteil an Untergewichtigen bei den Jüngeren kann damit erklärt werden, dass zu Beginn der Pubertät ein starker Wachstumsschub eintritt (Neuhauser et al., 2013). Mit dem Alter verdoppelt sich aber der Anteil der Übergewichtigen nahezu von 17,3 % bei den 11- bis 12-Jährigen auf 31,5 % bei den 27- bis 29-Jährigen.

Abbildung 14: Gewichtsstatus der Befragten nach soziodemografischen Merkmalen



Quellen: HBSC 2018 & YSL 2019; n (ungewichtet) = 8792, die Berechnungen basieren auf gewichteten Daten.

Die Daten zeigen auch: Untergewicht ist umso häufiger, je höher der soziale Status ist, wohingegen Übergewicht häufiger vorkommt, je niedriger die Befragten ihren

sozialen Status einschätzen. Personen mit Migrationshintergrund sind etwas häufiger von Übergewicht

betroffen und Personen ohne Migrationshintergrund etwas seltener.

Neben dem tatsächlichen Gewichtsstatus wurde in HBSC und dem YSL auch nach der Einschätzung des Gewichtsstatus gefragt. Diese subjektive Einschätzung durch die Jugendlichen ist unter anderem deshalb wichtig, weil sie mit dem tatsächlichen Gewichtsstatus abgeglichen werden kann und aufzeigt, wie viele Personen ihren Gewichtsstatus korrekt einschätzen oder beispielsweise überschätzen, sich also für dicker halten, als sie sind. Solche Fehleinschätzungen des Gewichtsstatus können dazu führen, dass notwendige Interventionen unterbleiben oder aber Personen ihr Gewicht steigern oder senken möchten, obwohl dies nicht notwendig ist (Kern et al., 2020).

Um herauszufinden, wie die Befragten ihren Körper wahrnehmen, sollten sie den Satz ergänzen: „Denkst du, dass du ...“ Die Antworten reichten von „... viel zu dünn bist“ (Kategorie 1) bis „... viel zu dick bist“ (5) auf einer 5-stufigen Skala, wobei „... ungefähr das richtige Gewicht hast“ die Mitte markiert.

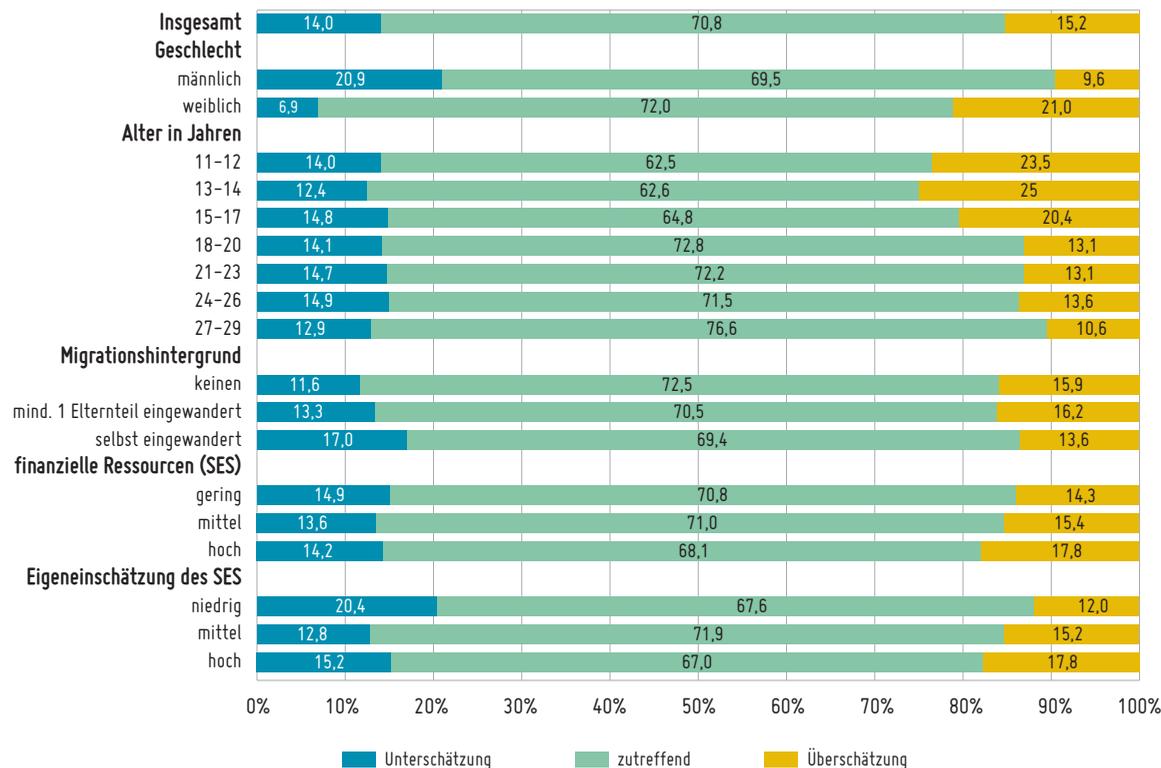
Ungefähr die Hälfte der Befragten bewertet ihr Körpergewicht als „ungefähr richtig“, rund ein Drittel hält sich für zu dick und rund jeder Sechste hält sich für zu dünn. Im Vergleich zur Einteilung des Gewichts nach den IOTF-Grenzwerten zeigt sich somit, dass nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten der Meinung ist, das richtige Gewicht zu haben, obwohl zwei Drittel der Befragten normalgewichtig sind. Die Fehleinschätzung des eigenen Gewichts geht dabei in beide Richtungen: Während nur etwas mehr als jeder Vierte übergewichtig ist, hält sich jeder Dritte für zu dick. Und obwohl nur weniger als 8 % untergewichtig sind, halten sich 14 % für untergewichtig. Diese Diskrepanzen werden noch größer, wenn die Geschlechter getrennt betrachtet werden. Zwar ist die Einschätzung als „ungefähr richtig“ bei beiden Geschlechtern gleich häufig, aber Jungen/Männer tendieren wesentlich häufiger als Mädchen/Frauen dazu, sich als zu dünn zu empfinden. Frauen und Mädchen neigen hingegen häufiger dazu, sich als zu dick zu empfinden. Somit sind Jungen und Männer zwar häufiger übergewichtig als Frauen, fühlen sich

aber seltener zu dick. Spiegelbildlich sind Mädchen und Frauen häufiger untergewichtig, fühlen sich aber seltener als zu dünn. Diese gegenläufigen Tendenzen finden sich in fast allen Ländern, die an der HBSC-Studie teilnehmen (Heinz, Catunda, et al., 2020; Inchley et al., 2020). Dass sich Männer als zu dünn einschätzen und Gewicht zulegen wollen, ist häufig auf das angestrebte Ideal eines muskulösen Körpers zurückzuführen (Nagata et al., 2019), wohingegen bei Frauen das Ideal eines schlanken Körpers vorherrscht, was bei ihnen häufiger zu Unzufriedenheit mit dem Körper und nicht notwendigen Diäten führen kann (Heise et al., 2019).

Abbildung 15 zeigt den Abgleich des objektiven Gewichtsstatus (BMI) mit der subjektiven Einschätzung. Als zutreffend wurde eine Einschätzung definiert, wenn eine normalgewichtige Person ihren Gewichtsstatus als „ungefähr richtig“ einschätzt beziehungsweise sich untergewichtige Personen als „zu dünn“ und übergewichtige Personen sich als „zu dick“ einschätzen. Eine Unterschätzung liegt vor, wenn sich normalgewichtige und übergewichtige Personen für „zu dünn“ halten oder sich übergewichtige Personen für „ungefähr richtig“ halten. Analog liegt eine Überschätzung vor, wenn sich Untergewichtige und Normalgewichtige für „zu dick“ halten oder Untergewichtige ihr Gewicht für „ungefähr richtig“ halten.

Bei der großen Mehrheit von 70,8 % der Jugendlichen stimmt der anhand des BMI ermittelte objektive Gewichtsstatus mit der subjektiven Einschätzung überein. Annähernd gleich viele unterschätzen (14,0 %) oder überschätzen (15,2 %) jedoch ihren Gewichtsstatus. Diese Fehleinschätzung unterscheidet sich nach Geschlecht. Während Jungen und junge Männer häufiger dazu neigen, ihren Gewichtsstatus zu unterschätzen, überschätzen Mädchen und junge Frauen ihren Gewichtsstatus viel häufiger. Damit gehen die jeweiligen Einschätzungen oft in die falsche Richtung. Während Jungen und junge Männer häufiger übergewichtig sind, nehmen sie sich eher als zu dünn war. Umgekehrt sind Mädchen und junge Frauen häufiger untergewichtig als Jungen und junge Männer, aber sie tendieren dazu, sich als dicker wahrzunehmen, als es ihrem Gewichtsstatus entspricht.

Abbildung 15: Übereinstimmung des objektiven Gewichtsstatus mit dessen Einschätzung durch die Befragten, nach soziodemografischen Merkmalen



Quellen: HBSC 2018 & YSL 2019; n (ungewichtet) = 8696, die Berechnungen basieren auf gewichteten Daten.

Aus der Abbildung geht ebenfalls hervor, dass Ältere ihren Gewichtsstatus häufiger zutreffend einschätzen als Jüngere. Dabei ändert sich die Neigung zur Unterschätzung kaum mit dem Alter, aber bei der Neigung zur Überschätzung kommt es zu mehr als einer Halbierung von 23,5 % (11- bis 12-Jährige) auf 10,6 % (27- bis 29-Jährige). Des Weiteren neigen Personen mit niedrigem Sozialstatus eher zur Unterschätzung ihres Gewichtsstatus, während Personen mit hohem Sozialstatus ihren Gewichtsstatus eher überschätzen. Auch hier besteht wie beim Geschlecht das Problem, dass die Einschätzung in der Tendenz in die falsche Richtung geht, da Personen mit niedrigem Sozialstatus häufiger übergewichtig als untergewichtig sind.

Zusammenfassend zeigen die Daten, dass Übergewicht unter den luxemburgischen Jugendlichen deutlich häufiger vorkommt als Untergewicht. Zudem steigt der

Anteil der Übergewichtigen mit dem Alter, wohingegen der Anteil der Untergewichtigen sinkt. Bei Mädchen und jungen Frauen ist der Anteil derer, die sich für zu dick halten, deutlich höher als der Anteil derer, deren BMI tatsächlich als übergewichtig/adipös eingestuft wurde. Dementsprechend neigen Mädchen und junge Frauen eher zu einer Überschätzung ihres Gewichtsstatus. Diese Neigung kann zu unnötigen Diäten oder anderen Versuchen der Gewichtsreduktion führen. Bei Jungen und Männern ist die Situation anders. Sie sind häufiger übergewichtig oder adipös als Mädchen und junge Frauen. Allerdings halten Jungen und junge Männer sich seltener für zu dick. Bei dieser Konstellation besteht die Gefahr, dass Jungen und junge Männer tatsächlich bestehendes Übergewicht nicht erkennen oder Gewicht zulegen wollen, obwohl sie Normalgewicht haben.

4.4.4 Psychosomatische Gesundheitsbeschwerden

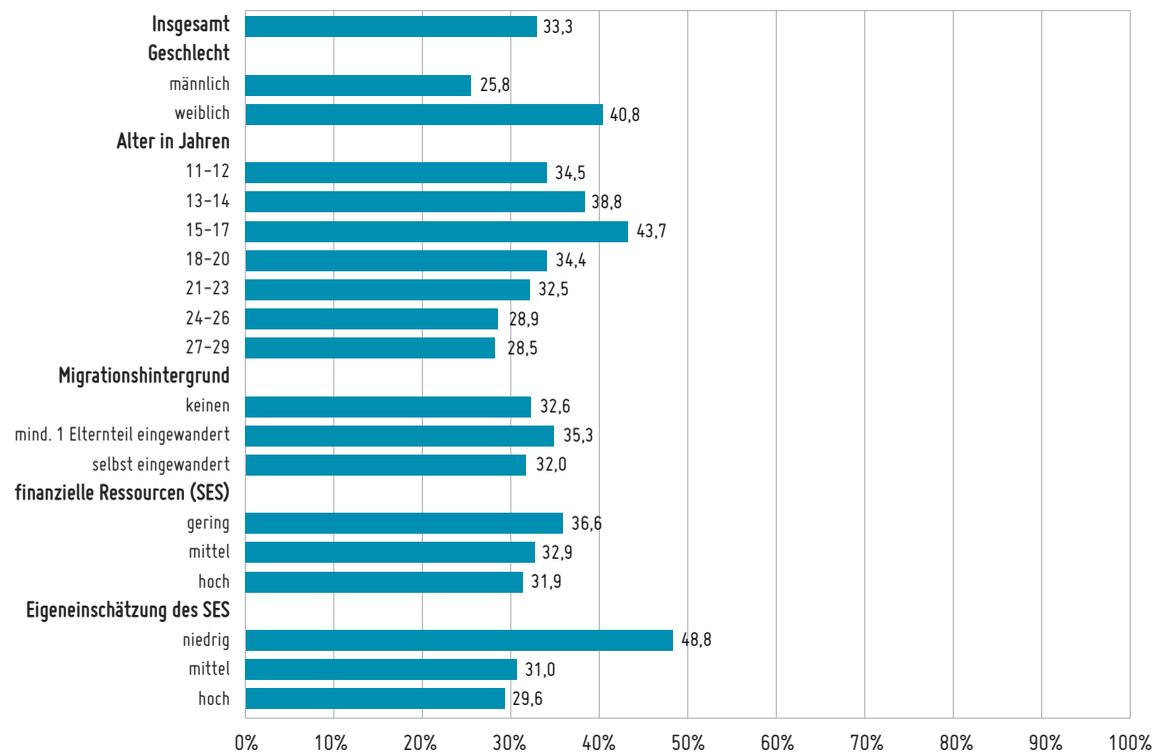
In der HBSC-Studie und dem YSL wurden die Teilnehmer gefragt, wie häufig sie in den vergangenen sechs

Monaten von acht spezifischen Gesundheitsbeschwerden betroffen waren. Von diesen Beschwerden ist bekannt,

dass sie bei Jugendlichen und jungen Menschen häufig vorkommen, und Validierungsstudien haben gezeigt, dass ein Teil der Beschwerden als ein Maß für die somatische Gesundheit interpretiert werden kann und ein anderer Teil als ein Maß für die psychische Gesundheit (Garipey et al., 2016; Hetland et al., 2002). Da die somatische Gesundheit und die psychische Gesundheit stark korrelieren, kann die Häufigkeit aller acht Beschwerden als Maß für die psychosomatische Gesundheit betrachtet

werden (Ravens-Sieberer et al., 2008). Eine Kohortenstudie aus Finnland hat gezeigt, dass psychosomatische Beschwerden bei Jugendlichen erste Anzeichen für Angststörungen und Depressionen im Erwachsenenalter sein können (Kinnunen et al., 2010) und dementsprechend korreliert die Zahl der Beschwerden stark mit Selbstmordgedanken und -verhalten (Heinz, Catunda, van Duin, Torsheim & Willems, 2020).

Abbildung 16: Anteil der Schüler und jungen Erwachsenen, mit multiplen psychosomatischen Beschwerden, nach soziodemografischen Merkmalen



Quellen: HBSC 2018 & YSL 2019; n (ungewichtet) = 9640, die Berechnungen basieren auf gewichteten Daten.

Die im Jahr 2018 durchgeführte internationale HBSC-Studie hat gezeigt, dass sich die 44 untersuchten Länder stark in der Prävalenz von psychosomatischen Gesundheitsbeschwerden bei Jugendlichen unterscheiden, wobei der Anteil der von psychosomatischen Gesundheitsbeschwerden Betroffenen im Vergleich zur vorherigen Erhebung (im Jahr 2014) in deutlich mehr Ländern gestiegen als gesunken ist. Des Weiteren hatten Schüler aus weniger wohlhabenden Familien häufiger multiple psychosomatische Beschwerden als Kinder aus wohlhabenden Familien (Inchley et al., 2020). Diese Muster fanden sich auch in den luxemburgischen HBSC-Daten

(Heinz et al., 2018), im Zeitverlauf ist der Anteil der Schüler mit multiplen Gesundheitsbeschwerden in Luxemburg gestiegen (Heinz, van Duin, et al., 2020).

Abbildung 16 basiert auf den acht abgefragten Gesundheitsbeschwerden: Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, sich traurig fühlen, sich gereizt/schlecht gelaunt fühlen, Einschlafschwierigkeiten, Nervosität und Schwindelgefühle. Die Befragten konnten angeben, dass sie „etwa täglich“, „mehrmals pro Woche“, „ungefähr einmal pro Woche“, „ungefähr einmal pro Monat“ oder „seltener oder nie“ von den Beschwerden in den letzten sechs Monaten betroffen waren. Wer von

mindestens zwei Beschwerden mehrmals pro Woche oder häufiger betroffen war, wird zu denjenigen gezählt, die multiple psychosomatische Beschwerden haben.

Abbildung 16 zeigt, dass multiple psychosomatische Beschwerden bei Mädchen und jungen Frauen in Luxemburg deutlich häufiger vorkommen als bei Jungen und jungen Männern. Dieses Phänomen ist auch aus anderen Ländern bekannt (Inchley et al., 2020) und es wird eine Vielzahl von Gründen diskutiert. Unter anderem werden biologische Gründe genannt, z. B. Menstruationsschmerzen (Haugland & Wold, 2001) und sozial bedingte Unterschiede in der Körperwahrnehmung und Unterschiede darin, wie diese Wahrnehmungen ausgedrückt

werden (Hetland et al., 2002). Zudem wird diskutiert, dass Mädchen im Laufe der Pubertät mehr Stress als Jungen empfinden, d. h., bei ihnen ist die gefühlte Diskrepanz zwischen den an sie gerichteten Erwartungen und den Ressourcen größer (Ravens-Sieberer et al., 2009).

Die Häufigkeit multipler Gesundheitsbeschwerden steigt bis zum Alter von 17 Jahren an und fällt dann unter das Ausgangsniveau zurück. Die Unterschiede nach Migrationshintergrund sind eher gering. Auch bei den multiplen Gesundheitsbeschwerden gibt es einen sozialen Gradienten – wer geringe finanzielle Ressourcen hat oder den eigenen Wohlstand als gering einschätzt, ist häufiger von multiplen Gesundheitsbeschwerden betroffen.

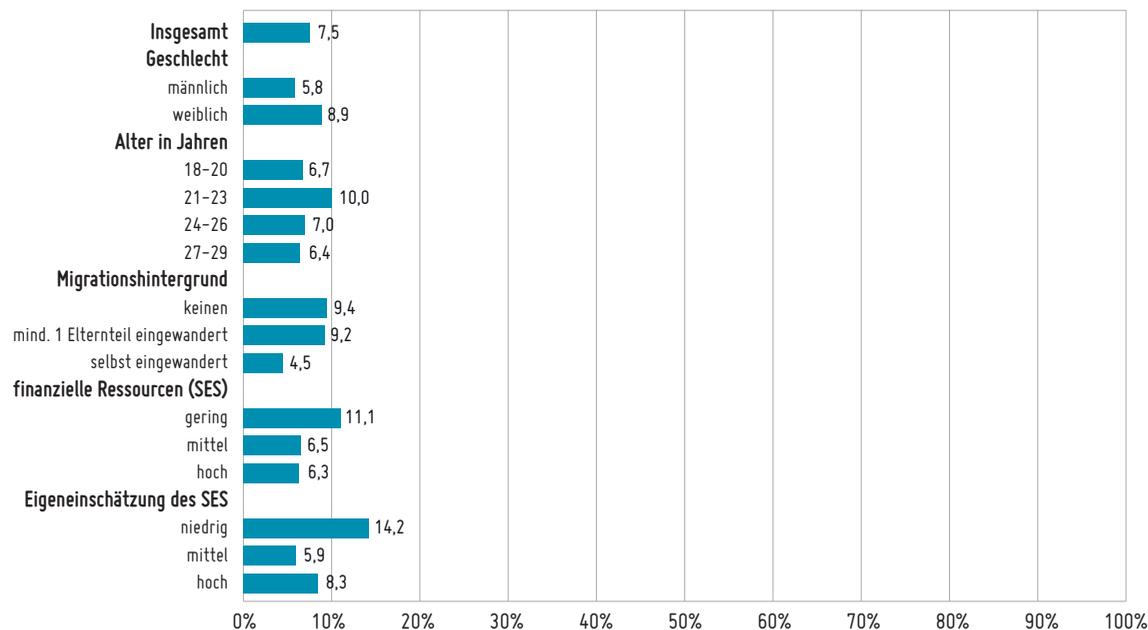
4.4.5 Psychische Gesundheit

Diagnostizierte psychische Erkrankungen

Neben psychosomatischen Gesundheitsbeschwerden und subjektivem psychischen Wohlbefinden erfasste der YSL die Prävalenz von diagnostizierten psychischen Erkrankungen. Insgesamt geben 7,5 % der 18- bis 29-Jährigen an, diagnostizierte psychische Probleme zu haben, wobei dieser Anteil je nach Geschlecht, Migrationshintergrund und Sozialstatus unterschiedlich ist (siehe Abbildung 17). Während bei 8,9 % der jungen Frauen eine solche Erkrankung diagnostiziert wurde, waren es bei den jungen

Männern lediglich 5,8 %. Bei Migranten der 1. Generation ist der Anteil der Personen mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen deutlich niedriger als bei Personen ohne Migrationshintergrund und Migranten der 2. Generation. Personen mit geringen finanziellen Ressourcen sowie Personen, die ihren Sozialstatus als niedrig einschätzen, geben häufiger an, diagnostizierte psychische Erkrankungen zu haben als Personen mit mittlerer oder hoher finanzieller Ausstattung beziehungsweise als Personen, die ihren Sozialstatus als mittel oder hoch bewerten.

Abbildung 17: Anteil der Befragten, die angeben, diagnostizierte psychische Probleme zu haben, nach soziodemografischen Merkmalen



Quelle: YSL 2019; n (ungewichtet) = 1967, die Berechnungen basieren auf gewichteten Daten.

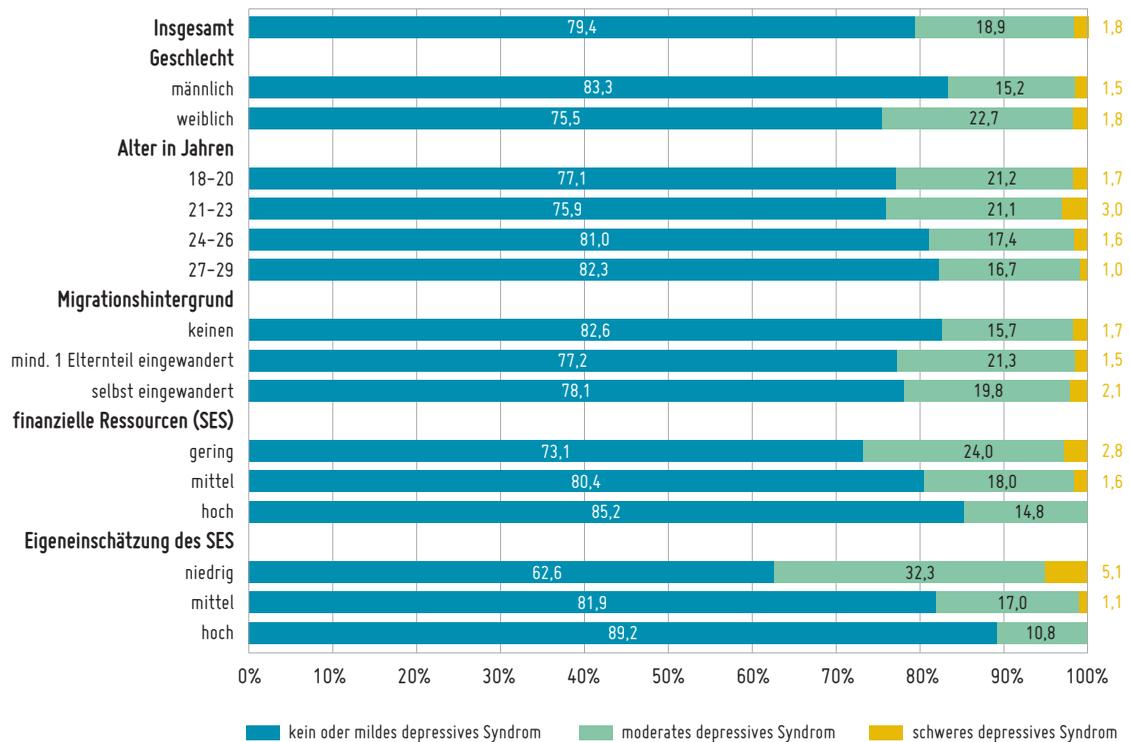
Depressive Störung nach PHQ-8

Da die Prävalenz psychischer Störungen von 2005 bis 2015 um 16 % in der WHO-Europa-Region gestiegen ist, hat die UN im Jahr 2015 die Verbesserung der psychischen Gesundheit als eines der Ziele für nachhaltige Entwicklung ausgerufen (*Sustainable Development Goals – SDG 3.4*). Mit einer Prävalenz von 5,1 % sind Depressionen in der WHO-Europa-Region die häufigste psychische Störung, so dass ihnen beim Erreichen dieses Ziels eine besondere Bedeutung zukommt (WHO, 2018).

Um die Prävalenz dieser Störung zu schätzen, wurde im YSL eine Abwandlung des *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ-9) genutzt (Kroenke et al., 2001). Dabei wurde erfasst, wie häufig 8 Depressionssymptome in den vergangenen zwei Wochen empfunden wurden: wenig Interesse oder Freude an Tätigkeiten; sich niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos fühlen;

Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder zu viel schlafen; Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie zu haben; schlechter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen; eine schlechte Meinung von sich selbst haben; das Gefühl, ein Versager zu sein oder die eigene Familie enttäuscht zu haben; Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren; und Gedanken, lieber tot zu sein oder sich in irgendeiner Weise zu verletzen. Basierend auf dem PHQ-9 werden diese 8 Items zu einem Gesamtscore zwischen 0 und 24 aggregiert. Im Folgenden wird von einem schweren depressiven Syndrom gesprochen, wenn der Gesamtscore zwischen 20 und 24 liegt. Von einem moderaten depressiven Syndrom wird gesprochen, wenn der Gesamtscore zwischen 10 und 19 liegt. Bei einem Gesamtscore zwischen 0 und 9 wird von keinem oder einem milden depressiven Syndrom gesprochen.

Abbildung 18: Depressives Syndrom nach PHQ-8 nach soziodemografischen Merkmalen



Quelle: YSL 2019; n (ungewichtet) = 2080, die Berechnungen basieren auf gewichteten Daten.

Ungefähr 80 % der Befragten erreichen einen Punktwert, der keine oder allenfalls milde Anzeichen für eine Depression anzeigt. Dieser Anteil ist bei jungen Frauen geringer als bei jungen Männern, und der Anteil steigt mit dem Alter an. Personen mit geringen finanziellen Ressourcen

und Personen, die ihren Wohlstand als niedrig einschätzen, sind häufiger von einem moderaten oder schweren depressiven Syndrom betroffen als Personen mit hohen finanziellen Ressourcen bzw. Personen, die ihren Sozialstatus als mittel oder hoch einstufen. Personen mit

Migrationshintergrund sind häufiger von einem moderaten depressiven Syndrom betroffen als Personen ohne Migrationshintergrund, doch gibt es kaum Unterschiede hinsichtlich eines schweren depressiven Syndroms.

Exkurs: Was Schuluntersuchungen und Krankenhausaufenthalte über die Gesundheit von Jugendlichen aussagen

Nachdem im vorherigen Abschnitt vorgestellt wurde, wie Jugendliche ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit bewerten, werden im Folgenden Sekundärdaten zur Morbidität präsentiert. Dabei handelt es sich um Daten der schulmedizinischen Untersuchungen an Sekundarschulen sowie um Daten zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Diese Daten bilden einen großen Teil der Zielgruppe des Jugendberichtes ab, da nahezu alle Schüler schulmedizinische Untersuchungen durchlaufen und auch fast alle in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen der IGSS gemeldet werden. Ein Vorteil ist, dass schulmedizinische Untersuchungen standardisiert sind, so dass sich die Daten gut für quantitative Vergleiche eignen. Die Daten der IGSS beruhen auf abrechenbaren Leistungen, die ebenfalls zwischen verschiedenen Gruppen vergleichbar sind. Diesen Vorteilen stehen aber auch Nachteile gegenüber. Die Standardisierung schulmedizinischer Untersuchungen bedeutet, dass diese Untersuchungen nur einen bestimmten Ausschnitt der Gesundheit erfassen. Sie sind nicht darauf ausgelegt, die Gesundheit eines Schülers individuell und in allen Aspekten zu erheben. Bei den IGSS-Daten zur Inanspruchnahme ist zu beachten, dass ihr Zweck die Abrechnung medizinischer Leistungen ist;

epidemiologische Aussagen sind daher nur mit Einschränkungen möglich (Jacob, 2006). Eine Einschränkung ist beispielsweise, dass die Abrechnungsdaten niedergelassener Ärzte ohne Angaben zur Diagnose übermittelt werden. Somit kann zwar analysiert werden, welche Arztgruppen welche Leistungen erbringen, aber es bleibt unklar, wie sich das Krankheitsgeschehen entwickelt.

Ergebnisse der Schuluntersuchungen

Zentrale Aufgaben der *Direction de la Santé* sind der Schutz und die Förderung der Gesundheit auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene, wozu unter anderem die Durchführung von Programmen zur Prävention gehört (Chambre des Députés, 2015). Maßnahmen zur Verhinderung von Krankheiten (z. B. Impfungen als Primärprävention) und zur Früherkennung von Krankheiten (z. B. Screenings als Sekundärprävention) sind im Kindes- und Jugendalter von besonderer Bedeutung. Schuluntersuchungen der *Médecine scolaire* fallen in beide Bereiche, da bei diesen Untersuchungen zum einen Krankheiten und Risikofaktoren für Krankheiten frühzeitig entdeckt werden sollen und zum anderen der Impfstatus überprüft wird.

In Tabelle 6 ist für die Schuljahre 2007/08 bis 2018/19 aufgeführt, wie viele der schulmedizinischen Untersuchungen von Sekundarschülern zu einer Benachrichtigung der Eltern über ein Gesundheitsproblem führten (*Avis*). Diese Anteilswerte wurden den Aktivitätsberichten des Ministeriums für Gesundheit entnommen, wobei der Anteil der *Avis* nicht systematisch für jedes Schuljahr seit 2007/08 berichtet wurde.

Tabelle 6: Anteil der schulmedizinischen Untersuchungen, die zu einem *Avis* führten (in %)

Schuljahr	Gesamt			Enseignement Secondaire Classique (ESC)			Enseignement Secondaire Technique (EST)		
	Gesamt	Mädchen	Jungen	Gesamt	Mädchen	Jungen	Gesamt	Mädchen	Jungen
2018/19	58,2	55,5	60,9	48,3	50,5	45,5	63,2	58,2	67,3
2017/18	42,1	39,9	44,3	28,1	26,6	29,8	49,1	47,6	50,4
2016/17	40,7	38,1	43,8	30,0	28,5	32,1	47,8	45,0	50,4
2015/16	44,0	44,4	45,0	33,0	33,7	32,5	55,0	50,0	58,0
2014/15	46,9	43,5	50,0	32,2	29,7	35,3	54,0	51,4	56,3
2011/12	44,7	42,8	46,6	35,8	35,9	35,7	49,6	47,4	51,7
2008/09	34,1	31,1	37,0	26,9	25,5	28,6	38,0	34,6	41,2
2007/08	35,8	34,4	37,2	29,0	27,9	30,3	39,5	38,6	40,3

Quellen: Eigene Erstellung nach Daten des Ministère de la Santé (2010, 2011, 2013, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020).

Bei den Daten ist zu beachten, dass sich das Untersuchungsprogramm und die Berichtsweise im Zeitverlauf geändert haben. Dementsprechend können Änderungen im Zeitverlauf nicht ohne Weiteres verglichen werden. So ist der starke Anstieg der *Avis* vom Schuljahr 2017/18 auf das Schuljahr 2018/19 zu einem großen Teil darauf zurückzuführen, dass sich die Impfpfehlungen in dieser Zeit geändert haben. Dies führte dazu, dass bei deutlich mehr Schülern als in den Vorjahren der bestehende Impfstatus als nicht mehr ausreichend bewertet wurde und ihnen entsprechende Anpassungen empfohlen wurden. Besser vergleichbar als die Unterschiede im Zeitverlauf sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Schulzweigen. Zunächst fällt auf, dass der Anteil der *Avis* in jedem Schuljahr bei Schülern des *enseignement secondaire classique* (klassischer Sekundarunterricht [ESC]) niedriger war als im gleichen Jahr im *enseignement secondaire technique* (technischer Sekundarunterricht [EST]) – im Jahr 2017/18 betrug der Unterschied über 20 Prozentpunkte –, was auf einen deutlich besseren Gesundheitszustand der Schüler des ESC schließen lässt. Diesem Unterschied in den medizinischen Diagnosen zwischen ESC und EST entsprechen die Ergebnisse der HBSC-Befragung. Auch hier ist bei einer großen Zahl von Gesundheitsindikatoren festzustellen, dass Schüler des EST (bzw. aktuell des *enseignement secondaire général*, ESG; allgemeiner Sekundarunterricht) schlechtere Ergebnisse erzielen als Schüler des ESC (Heinz, van Duin, et al., 2020).

Des Weiteren geht aus Tabelle 6 hervor, dass bei den schulmedizinischen Untersuchungen bei Jungen fast in jedem Jahr häufiger Gesundheitsprobleme festgestellt werden als bei den Mädchen.

Neben dem Anteil der *Avis* wird in den Aktivitätsberichten des Ministeriums für Gesundheit auch aufgeführt, welche Diagnose gestellt wurde. Im aktuellen Bericht für das Schuljahr 2018/19 war das Tragen einer Sehhilfe (*vue corrigée*) die häufigste Diagnose (37,7 %), gefolgt von unvollständigen Impfungen (32,1 %), Problemen des Bewegungsapparates (20,6 %), chronischen Krankheiten (14,3 %) und Krankheiten der Zähne (13,7 %); alle anderen Nennungen betreffen jeweils weniger als 10 % der Schüler.

Zusammenfassend zeigen die Aktivitätsberichte, dass die schulmedizinischen Untersuchungen in jedem Jahr zum Teil deutlich seltener zu einem *Avis* bei Schülern des ESC führen als bei Schülern des damaligen EST (heute ESG). Die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen sind demgegenüber gering und können zumindest zum Teil auf das umfangreichere Untersuchungsprogramm der Jungen zurückgeführt werden. Des Weiteren hat sich gezeigt, dass im Schuljahr 2017/18 bei mehr Schülern

ein Gesundheitsproblem festgestellt wurde als noch im Jahr 2007/08. Unklar ist jedoch, inwieweit dieser Anstieg auf höhere Prävalenzen oder auf eine Ausweitung des Untersuchungsprogramms zurückzuführen ist. Eine weitere Einschränkung der vorgestellten Statistiken ist, dass die Ergebnisse aufgliedert für die Schulzweige ESC und EST ausgewiesen werden, wohingegen die Ergebnisse für die Schüler der damaligen *Éducation Différenciée* nicht separat ausgewiesen werden – eine Gruppe, die im Schuljahr 2016/17 immerhin 875 Schüler umfasste (Lenz & Heinz, 2018).

Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist ebenfalls ein Indikator der Gesundheit. Die für den Jugendbericht zur Verfügung gestellten IGSS-Daten basieren auf den bei der *Caisse Nationale de Santé* (CNS) eingereichten Rechnungen, die bis zu zwei Jahre nach deren Ausstellung erstattet werden können. Daher liegen die Daten der Behandlungen eines Jahres erst mit einer entsprechenden Verzögerung vor, so dass hier Daten des Jahres 2017 und vorheriger Jahre präsentiert werden.

Krankenhausaufenthalte

Ein Indikator für die gesundheitliche Situation der luxemburgischen Jugend sind Krankenhausaufenthalte. Zu den Aufenthalten im Inland werden von der IGSS neben soziodemografischen Daten und der Dauer des Aufenthalts auch die Hauptdiagnosen erfasst, die mit Hilfe der *International Classification of Diseases* (ICD-10) codiert werden (WHO, 2011). Neben stationären Aufenthalten werden von der IGSS auch ambulante Behandlungen im Krankenhaus erfasst, wobei eine Behandlung als ein Belegungstag verbucht wird. Bei Krankenhausbehandlungen von Versicherten im Ausland werden hingegen weniger Daten erfasst.

Aus den IGSS-Daten geht hervor, dass bei den Versicherten im Alter von 12 bis 30 die Zahl der Belegungstage im Inland zwischen 2008 und 2016 in der Tendenz zurückging, obwohl die Zahl der versicherten Personen in dieser Altersgruppe leicht gestiegen ist. Somit verbrachte ein Versicherter im Jahr 2008 durchschnittlich mehr Tage im Krankenhaus als ein Versicherter im Jahr 2016. Dies entspricht den schon lange anhaltenden Trends, die in der gesamten EU zu beobachten sind: die Gesundheitsversorgung effizienter zu gestalten durch eine Verringerung der Bettenzahl in Krankenhäusern und kürzere Aufenthaltsdauern (Berthet et al., 2015; European Observatory on Health Care Systems, 1999). Der Rückgang der Belegungstage in Krankenhäusern ist daher kein Beleg für einen Rückgang der Morbidität, sondern spiegelt einen weit verbreiteten Trend im Bereich der Krankenhausversorgung wider.

Aus der Statistik der Belegungstage geht auch hervor, dass Mädchen und Frauen in allen Jahren mehr Belegungstage aufwiesen. Das ist vor allem auf die vielen Diagnosen der Kategorie „andere/nicht klassifiziert (AU/NR)“ zurückzuführen, worunter auch Krankenhausaufenthalte während der Schwangerschaft und Geburt fallen. Männer weisen hingegen deutlich mehr Krankenhaustage auf, die unter die ICD-Codes F („Psychische und Verhaltensstörungen“) und S/T („Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“) fallen. Diagnosen unter N („Krankheiten des Urogenitalsystems“) und unter E („Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“) führen wiederum bei Frauen zu mehr Belegungstagen.

Laut der Statistik ist ein Großteil der Belegungstage somit auch durch Störungen der Psyche und des Verhaltens begründet. Dieser hohe Anteil ist jedoch nicht außergewöhnlich und ließ sich auch u. a. bei amerikanischen Jugendlichen beobachten (Garrison et al., 2004). Der Grund hierfür liegt weniger in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen, sondern vielmehr in der oftmals deutlich längeren Behandlungsdauer von psychischen Erkrankungen im Vergleich zu der der meisten anderen Erkrankungen. Die Anzahl der Patienten ist im Vergleich zu der der anderen Krankheiten entsprechend geringer.

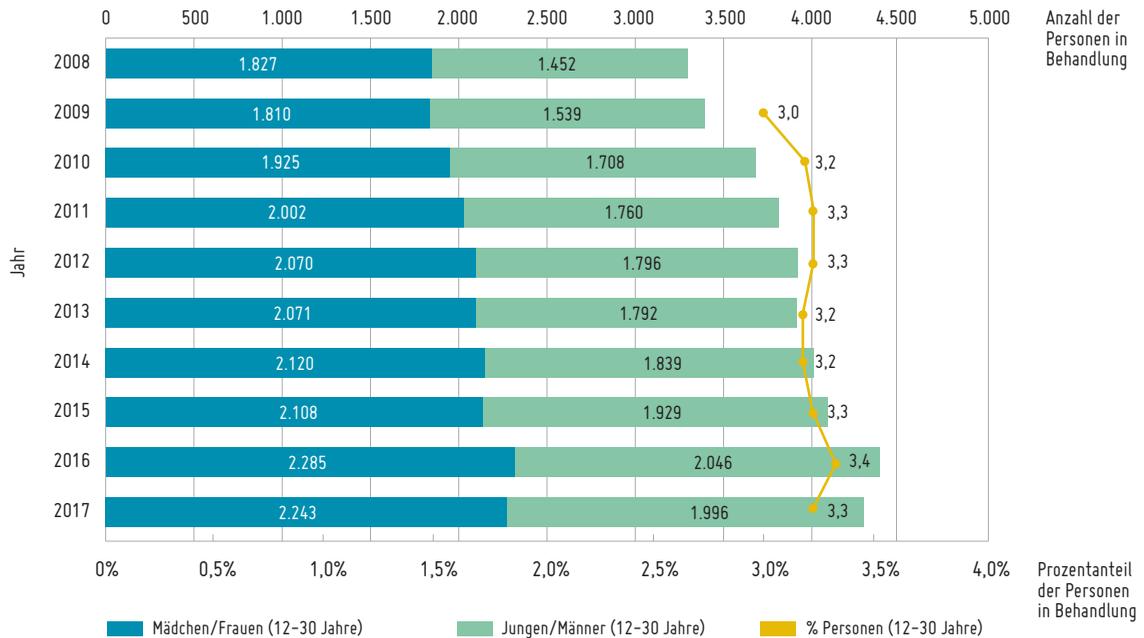
Zusammenfassend zeigt die Statistik somit einen Rückgang der Belegungstage, der vor allem dadurch bedingt ist, dass Krankenhausaufenthalte heute im Durchschnitt kürzer ausfallen als noch vor wenigen Jahren. Auf Mädchen und Frauen entfallen zwar insgesamt mehr Belegungstage, was aber zu einem großen Teil auf Schwangerschaften und Geburten zurückzuführen ist. Nahezu die Hälfte der Belegungstage entfällt auf psychische und Verhaltensstörungen, weil diese Störungen ungefähr 5-mal längere Behandlungsdauern als die anderen Krankheiten nach sich ziehen. Abgesehen von der Sammelkategorie „andere/nicht klassifiziert“ kommt keine andere ICD-Kategorie auf einen Anteil von mehr als 7 % an den Belegungstagen. Somit kann festgehalten werden, dass psychische und Verhaltensstörungen zwar nicht bezogen auf ihre Häufigkeit dominieren; aber gemessen in Behandlungstagen im Krankenhaus verursachen sie die weitaus größte Krankheitslast.

Inanspruchnahme von erstattungsfähigen Psychotherapien

Im vorherigen Abschnitt hat die Statistik der Krankenhausbelegungstage die große Bedeutung von psychischen und Verhaltensstörungen im Bereich der Krankenhäuser gezeigt. Es ist allerdings schwieriger, anhand der IGSS-Daten die Bedeutung dieser Störungen außerhalb des Bereichs von Krankenhäusern zu bewerten. Patienten, die bei Psychologen in Behandlung sind, werden statistisch nicht erfasst, da diese Leistungen nicht von der CNS erstattet werden. Ebenfalls nicht erfasst werden psychotherapeutische Leistungen, die beispielsweise durch die *Aide à l'Enfance et à la Famille* erbracht werden. In die Statistik zur Inanspruchnahme von erstattungsfähigen Psychotherapien (siehe Abbildung 19) sind nur diejenigen Personen aufgenommen worden, die eine erstattungsfähige Psychotherapie erhalten haben. Die Grafik zeigt, getrennt nach Geschlecht, wie viele Personen im Alter von 12 bis 30 Jahren in den Jahren 2008 bis 2017 eine Psychotherapie erhalten haben. Diese Zahl ist in fast jedem Jahr gestiegen, wobei Frauen jeweils etwas häufiger in Psychotherapie waren. Zusätzlich ist in der Grafik ausgewiesen, wie hoch der Anteil der Personen in Psychotherapie bezogen auf den Anteil der gleichaltrigen Versicherten war (wobei die entsprechenden Angaben für das Jahr 2008 fehlen). Da die Zahl der Versicherten im Zeitverlauf ebenfalls größer wurde, ist der Anteil der Versicherten in Psychotherapie nur geringfügig gestiegen, von 3,0 % im Jahr 2009 auf maximal 3,4 % im Jahr 2016 und 3,3 % im Jahr 2017.

Dieser Trend kann durchaus ein Indikator für eine Zunahme psychischer Erkrankungen sein. Eine solche Zunahme würde dem Trend in der Gesamtbevölkerung in der WHO-Region Europa entsprechen (WHO, 2018). Allerdings sollten weitere Indikatoren diesen Befund bestätigen. Denn eine Zu- oder Abnahme der Personen in psychotherapeutischer Behandlung kann auch in einer sich ändernden Behandlungsbereitschaft und -kapazität begründet sein.

Abbildung 19: Personen im Alter von 12 bis 30 Jahren, die in einer erstattungsfähigen psychotherapeutischen Behandlung sind



Quelle: Eigene Berechnung mit Daten der IGSS.

Zusammenfassend zeigen die schulmedizinischen Untersuchungen, dass ein nennenswerter Anteil der Schüler von Krankheiten betroffen ist, wobei Schüler des damaligen EST häufiger betroffen sind als Schüler des ESC. Die Zahl der Krankenhausbelegungstage ist von 2009 bis 2016 leicht gesunken, was dem verbreiteten Trend zu kürzeren Aufenthaltsdauern entspricht, der in vielen Ländern zu beobachten ist. Generell sind Daten zur Inanspruchnahme

medizinischer Leistungen vorsichtig zu interpretieren, da sie auch Veränderungen in der Behandlungsbereitschaft oder der vorhandenen Kapazitäten spiegeln. Dementsprechend gilt, dass der Anstieg des Anteils der Jugendlichen in psychotherapeutischer Behandlung auch darin begründet sein kann, dass sich mehr Personen in entsprechende Behandlungen begeben möchten und sie auch erhalten.

4.5 Zusammenfassung

Die qualitativen Interviews haben gezeigt, dass Jugendliche die Begriffe Gesundheit und Wohlbefinden nicht synonym verwenden. Gesundheit bedeutet für sie eher die Abwesenheit von Krankheit, wobei manche vor allem an körperliche Einschränkungen denken und andere an die körperliche und die geistige Gesundheit. Gesundheit ist für viele Jugendliche ein notwendiges Element des Wohlbefindens, aber kein hinreichendes. Um sich wohlfühlen, brauchen Jugendliche funktionierende soziale Beziehungen, berufliche und private Perspektiven, aber auch Rückzugsräume, in denen sie „sie selbst“ sein können. Jugendliche gehen davon aus, selber für ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit zuständig zu sein und beides beeinflussen zu können.

Die Auswertung der Umfragedaten hat Unterschiede in Wohlbefinden und Gesundheit in Abhängigkeit von soziodemografischen Merkmalen ergeben. Aufgegliedert nach dem Alter der Befragten zeigt sich, dass Jugendliche ihre Gesundheit desto seltener als ausgezeichnet bewerten, je älter sie sind. Des Weiteren steigt mit zunehmendem Alter der Anteil der Übergewichtigen. Bei mehreren Indikatoren der mentalen Gesundheit (psychosomatische Beschwerden, psychische Krankheiten, Symptome einer Depression) und des Wohlbefindens zeigt sich dagegen ein U-förmiger Zusammenhang. Bei den jüngsten Befragten sind die jeweiligen Werte gut; sie verschlechtern sich im mittleren Jugendalter, aber sie verbessern sich dann mit zunehmendem Alter wieder.

Aus den schulmedizinischen Untersuchungen geht hervor, dass im Schuljahr 2017/18 ungefähr vier von zehn Schülern einen *Avis* erhalten haben, d. h., sie haben ein Gesundheitsproblem, über das die Eltern unterrichtet wurden. Diese Probleme sind sehr vielseitig, wobei chronische Krankheiten und Erkrankungen des Bewegungsapparates dominieren. Die IGSS-Daten zeigen, dass auch Jugendliche das Gesundheitswesen in nennenswertem Umfang in Anspruch nehmen.

Hinsichtlich Gesundheit und Wohlbefinden sind die Unterschiede je nach sozialem Status stark ausgeprägt. Personen mit niedrigem sozialem Status sind fast durchgängig benachteiligt: Sie bewerten ihre Gesundheit schlechter, sind häufiger übergewichtig, fühlen sich häufiger zu dick, haben häufiger multiple Gesundheitsbeschwerden sowie depressive Symptome und diagnostizierte psychische Krankheiten. Zudem haben sie mehr Stress, eine niedrigere Lebenszufriedenheit und ein niedrigeres affektives Wohlbefinden.

SPOTLIGHT

Veränderung des Wohlbefindens durch die Covid-19-Pandemie⁶

Die Covid-19-Pandemie und die damit verbundenen Maßnahmen haben weltweit einen Effekt auf das Wohlbefinden von Jugendlichen. Viele internationale Studien beschreiben die Auswirkungen der Pandemie auf Stressempfinden, das Gefühl der Einsamkeit und andere Sorgen. Als Folge zeigen sich auch Veränderungen im kognitiven und affektiven Wohlbefinden von Jugendlichen (Baier & Kamenowski, 2020; Entringer et al., 2020; Fegert et al., 2020; GENYOUth, 2020; Magson et al., 2020; Ravens-Sieberer et al., 2021; Riiser et al., 2020). Im Folgenden wird ausgewiesen, wie sich das Wohlbefinden von Jugendlichen in Luxemburg in der Pandemie verändert hat.

Veränderung des kognitiven und affektiven Wohlbefindens

In einem Bericht des Stavec wird die Abnahme der Lebenszufriedenheit der Gesamtbevölkerung in Luxemburg während der Covid-19-Pandemie beschrieben. Besonders in den ersten Wochen des *Confinements* war demnach die Lebenszufriedenheit niedrig, wohingegen sie bei Eintritt des *Deconfinements* wieder etwas höher war (Allegrezza, 2020). Die Beobachtung einer niedrigeren Lebenszufriedenheit während der Pandemie zeigt sich auch in internationalen Studien zu Jugendlichen (Baier & Kamenowski, 2020; Magson et al., 2020; Riiser et al., 2020). Der Vergleich zwischen YSL 2019 und YAC 2020 hat für Luxemburg ergeben, dass die durchschnittliche Lebenszufriedenheit von Jugendlichen während der Pandemie zwar nur geringfügig, aber statistisch signifikant niedriger war⁷. Dabei ist die Lebenszufriedenheit nicht gleichmäßig bei allen Befragten gesunken – vielmehr gab es eine Polarisierung in mehreren soziodemografischen und sozioökonomischen Gruppen: Während der Anteil der Befragten mit einer niedrigen Lebenszufriedenheit

beziehungsweise einer hohen Lebenszufriedenheit stieg, sank der Anteil der Befragten mit einer mittleren Lebenszufriedenheit (siehe Abbildung 20).

Diese Polarisierung zeigte sich sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Befragten. Es lässt sich jedoch eine vergleichsweise starke und statistisch signifikante Zunahme der niedrigen Lebenszufriedenheit für weibliche Befragte (von 19,3 auf 33,6 %) im Vergleich zu den Männern feststellen (von 23,6 auf 31,7 %). Für männliche Befragte ist ebenfalls eine Zunahme der hohen Lebenszufriedenheit auszumachen (von 9,1 auf 12,5 %) (siehe Abbildung 20). Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Unterschiede in der Lebenszufriedenheit zwischen männlichen und weiblichen Befragten insgesamt jedoch verringert.

Bezüglich des Alters ist hervorzuheben, dass der Anteil der 26- bis 29-Jährigen mit einer niedrigen Lebenszufriedenheit um rund 15 Prozentpunkte von 20,4 auf rund 34,1 % gestiegen ist, während der Anstieg für 16- bis 20-Jährige nur 7 Prozentpunkte beträgt (von 19,7 auf 26,8 %). Das könnte darauf hindeuten, dass ältere Jugendliche verhältnismäßig stärker unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie gelitten haben als jüngere.

Differenziert nach sozioökonomischem Status (SES) lassen sich unterschiedliche Veränderungen der Lebenszufriedenheit nachweisen (siehe Abbildung 20). Bei Befragten mit mittlerem SES zeigt sich ein statistisch signifikanter Anstieg des Anteils der Personen mit niedriger Lebenszufriedenheit von 17,3 auf 30,2 %, während dieser Anteil für Befragte mit niedrigem SES sogar von 49,5 auf 72,7 % steigt. Für Befragte mit hohem SES zeigen sich zwar geringfügige und statistisch nicht signifikante Veränderungen der Lebenszufriedenheit, diese Befragtengruppe weist jedoch nach wie vor höchste Lebenszufriedenheit auf.

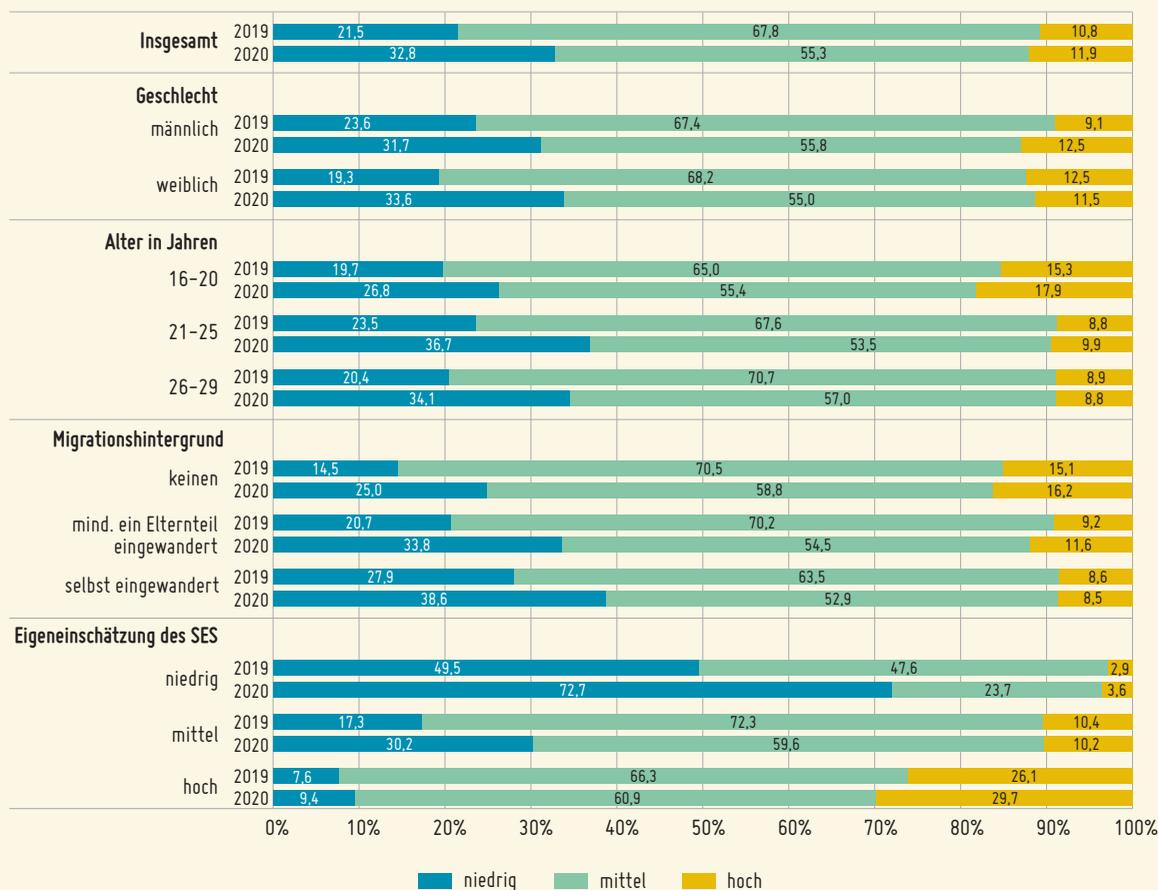
⁶ Die Spotlights zu den Kapiteln 4, 5 und 6 dieses Berichtes wurden von den Autoren des Kapitels 7 verfasst: Caroline Residori, Lea Schomaker, Magdalena Schobel, Tabea Schulze und Andreas Heinen.

⁷ Auf einer Skala von 0 (sehr schlecht) bis 10 (sehr gut) lag der Durchschnittswert 2019 bei 6,7, während 2020 der Durchschnittswert bei 6,2 lag.

Insgesamt wurde deutlich, dass die Lebenszufriedenheit der Jugendlichen sich zwischen 2019 und 2020 teilweise stark verändert hat. Während die Lebenszufriedenheit für einen großen Teil der Jugendlichen zurückging, wurde bei einem kleinen Teil auch ein Anstieg deutlich. Dabei zeigten sich Unterschiede nach Alter, Geschlecht,

Migrationsstatus und sozioökonomischem Status. Neben der Polarisierung, die sich für alle Gruppen gezeigt hat, wurde deutlich, dass sich die Lebenszufriedenheit bei Mädchen, älteren Jugendlichen, sowie Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischem Status vergleichsweise stark verschlechtert hat.

Abbildung 20: Lebenszufriedenheit nach soziodemografischen Merkmalen (2019 und 2020)



Quelle: YSL 2019 & YAC 2020; n (ungewichtet) = 2544 (2019), 2816 (2020), die Berechnungen basieren auf gewichteten Daten.

Schauen wir auf die Veränderung des affektiven Wohlbefindens⁸ von jungen Menschen in Luxemburg, so zeigen sich nur geringfügige und statistisch nicht signifikante Veränderungen, die von einer Stabilität des affektiven

Wohlbefindens der Jugendlichen zum Zeitpunkt der Befragung zeugen.⁹

In Anbetracht der Tatsache, dass die YAC-Befragung während des *Deconfinements* stattgefunden haben,

8 Affektives Wohlbefinden wird hier gemessen anhand des WHO-5-Wohlbefindens-Index (YSL 2019; YAC 2020).

9 Dies scheint den anfangs vorgestellten Ergebnissen zur Verschlechterung der Lebenszufriedenheit zunächst zu widersprechen. Es bleibt jedoch zu beachten, dass bei der Auswertung von Daten des kognitiven Wohlbefindens bzw. der Lebenszufriedenheit und des affektiven Wohlbefindens sowohl der Erhebungszeitraum als auch die strukturellen Unterschiede in Betracht gezogen werden müssen. Luhmann, Hawkey, et al. (2012) und Luhmann, Hofmann, et al. (2012) beschreiben beispielsweise, dass einschneidende Lebensereignisse häufig eher anhaltendere und beständigere Effekte auf das kognitive Wohlbefinden haben als auf das affektive Wohlbefinden, welches wiederum als schneller anpassungsfähig beschrieben wird.

könnte dies entsprechend bedeuten, dass sich das affektive Wohlbefinden zu jenem Zeitpunkt bereits wieder vom ersten Schock der Pandemie und den entsprechenden Maßnahmen erholt hat, während das kognitive Wohlbefinden von der Gesamtsituation nachhaltiger betroffen war.

Selbsteingeschätzte Gesundheit und das veränderte Verständnis von Gesundheit

Der Vergleich zwischen YSL 2019 und YAC 2020 hat ergeben, dass die Befragten ihre Gesundheit zu Beginn der Epidemie nicht signifikant anders einschätzen als vorher. In einer Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung hingegen wird von einer leicht gestiegenen Zufriedenheit der Bevölkerung Deutschland mit ihrer Gesundheit zu Beginn der Epidemie berichtet.¹⁰ Dies wird auf einen „Kontrasteffekt“ zurückgeführt, der die eigene Gesundheit im Kontext der Covid-19-Pandemie als weniger relevant und entsprechend zufriedenstellend wirken lässt (Entringer et al., 2020), was erklären kann, warum es bei den Jugendlichen in Luxemburg keine Verschlechterung gab. Hinzu kommt, dass Jugendliche auch seltener von schweren Krankheitsverläufen im Falle einer Infektion betroffen sind und sie sich entsprechend weniger um ihre eigene Gesundheit sorgen (Magson et al., 2020). Dies wird in den qualitativen Befragungen von Jugendlichen in Luxemburg deutlich. Jugendliche sehen sich durch eine Infektion mit dem Virus nicht sonderlich in Gefahr, wie zum Beispiel das folgende Zitat illustriert:

„*Ech denken, ech sinn méi zefridden mat der Gesondheet, déi ech hunn, vu dass ech net wierklech vum Covid eng Personne à risque sinn. Dat heescht, ech sinn méi dankbar fir meng Gesondheet, awer soss net vill geännert, nee.*“
(Luc, 18 Jahre, 4:3)

Für einige Jugendliche ist durch die Covid-19-Pandemie ihre Gesundheit, vor allem ihre mentale Gesundheit, stärker in den Vordergrund gerückt. Die höhere Bedeutsamkeit der mentalen Gesundheit begründen diese Jugendlichen damit, dass der Eingriff in das soziale Leben während des *Confinements* dazu führte, dass sie sich durch die fehlenden sozialen Kontakte teilweise einsam fühlten und sich mehr mit sich selbst und demnach mit ihrer mentalen Gesundheit auseinandersetzen mussten. Die Studentin Katharina erzählt, wie sie während des *Confinements* allein in ihrem Studio-Apartment war und ihr durch diese Erfahrung bewusst geworden sei, dass Gesundheit nicht nur bedeutet, dass es ihr körperlich gut geht, sondern eben auch mental.

„*Well et am Ufank och ganz ustrenghend gewiescht ass fir mech. Ganz eleng ze sinn an engem klengen Studio. An do hunn ech wierklech gemierkt: ‚Okay, Gesondheet heescht net nëmmen, dass et dengem Kierper gutt geet. Kapp an d’mental Gesondheet ass och immens wichteg.’*“
(Katharina, 29 Jahre, 1:3)

Die Aussagen der Jugendlichen lassen somit auf eine erhöhte Sensibilität für die eigene Gesundheit schließen. Jugendliche machen sich nun mehr Gedanken über ihre Gesundheit, vor allem über ihre mentale Gesundheit.

10 Erhebungszeitraum war hier April bis Juni 2020.

Literaturverzeichnis

- Abel, T. & Benkert, R. (2020). *Zentrale Theorien und Konzepte der Gesundheit bei jungen Menschen: Schlussbericht*. Expertise im Auftrag der Universität Luxemburg. Institute of Social and Preventive Medicine, Universität Bern.
- Abel, T. & Schori, D. (2009). Der Capability-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Ansatzpunkte für eine Neuausrichtung der Ungleichheitsforschung. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 34(2), 48–64. <https://doi.org/10.7892/boris.30669>
- Abel, T., Kolip, P., Habermann-Horstmeier, L., Dorner, T. E., Grüninger, U., Egger, M. & Zwahlen, M. (2018). 4. Gesundheitsförderung und Prävention. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hg.), *De Gruyter Studium. Public Health Kompakt* (3. Aufl., S. 161–229). De Gruyter Verlag. <https://doi.org/10.7892/boris.109649>
- Abele, A. & Becker, P. (Hg.). (1991). *Wohlbefinden: Theorie - Empirie - Diagnostik*. Juventa-Verlag.
- Abels, H. (2008). Lebensphase Jugend. In H. Abels, M.-S. Honig, I. Saake & A. Weymann (Hg.), *Hagener Studientexte zur Soziologie. Lebensphasen: Eine Einführung* (1. Aufl., S. 77–157). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Afshin, A., Forouzanfar, M. H., Reitsma, M. B., Sur, P., Estep, K., Lee, A., Marczak, L., Mokdad, A. H., Moradi-Lakeh, M., Naghavi, M., Salama, J. S., Vos, T., Abate, K. H., Abbafati, C., Ahmed, M. B., Al-Aly, Z., Alkerwi, A., Al-Raddadi, R., Amare, A. T., . . . Murray, C. J. L. (2017). Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *The New England Journal of Medicine*, 377(1), 13–27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>
- Alcantara-Ortega, J., Henrion, T. & Leythienne, D. (2020). *Wages determinants in the European Union: Evidence from structure of earnings survey (SES 2014) data*. 2020 edition. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2785/596126>
- Ali, N. A., Feroz, A. S., Ali, N., Feroz, R., Meghani, S. N. & Saleem, S. (6. August 2020). *When COVID-19 enters in a community setting: An exploratory qualitative study of community perspectives on COVID-19 affecting mental well-being* [Preprint]. Research Square. <https://www.researchsquare.com/article/rs-50625/v1>
- Alieva, A. (2010). *Educational Inequalities in Europe. Performance of Students with Migratory Background in Luxembourg and Switzerland*. Peter Lang Verlag.
- Allegrezza, S. (2020). *PIBien-être: Le confinement a dégradé le bien-être des résidents (Analyses 7-2020)*. Institut national de la statistique et des études économiques (statec). <https://statistiques.public.lu/catalogue-publications/analyses/2020/PDF-Analyses-07-2020.pdf>
- Allegrezza, S., Ametepe, F. S., Hury, J., Osier, G., Peltier, F., Reiff, P., Salagean, I. C. & Schockmel, M. (2017). *Rapport travail et cohésion sociale 2017* (Cahier économique Nr. 123). Luxembourg. Institut national de la statistique et des études économiques (statec). <https://statistiques.public.lu/fr/publications/series/cahiers-economiques/2017/123-cohesion-sociale/index.html>
- Allgaier, A. K., Pietsch, K., Frühe, B., Prast, E., Sigl-Glückner, J. & Schulte-Körne, G. (2012). Depression in pediatric care: is the WHO-Five Well-Being Index a valid screening instrument for children and adolescents? *General hospital psychiatry*, 34(3), 234–241. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.01.007>
- Allmendinger, J. (2009). Der Sozialstaat des 21. Jahrhunderts braucht zwei Beine. Essay. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.), *Aus Politik und Zeitgeschichte-Bildungspolitik* (S. 3–5). Frankfurter Societäts-Druckerei GmbH.
- Alsdorf, N., Engelbach, U., Flick, S., Haubl, R. & Voswinkel, S. (2017). *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung. Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung: Bd. 190*. transcript. <https://doi.org/10.14361/9783839440308>
- Ametepe, F. (1. Juli 2020). *L'impact financier du confinement: la baisse du revenu globalement contenue*. Statec. <https://statistiques.public.lu/catalogue-publications/regards/2020/PDF-09-2020.pdf>

- Amt für Soziale Dienste (2005). *Regelung zum gesetzlichen Jugendschutz in Luxemburg (2005)*. <http://www.jugendschutz.li/luxemburg.html>
- Anderson, P., Møller, L. & Galea, G. (2012). *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. WHO.
- Anderson, R. (1984). *Gesundheitsförderung: ein Überblick* (Bd. 6).
- Andresen, S., Lips, A., Möller, R., Rusack, T., Schröer, W., Thomas, S. & Wilmes, J. (2020). *Erfahrungen und Perspektiven von jungen Menschen während der Corona-Maßnahmen: Erste Ergebnisse der bundesweiten Studie JuCo*. Hildesheim. <https://doi.org/10.18442/120>
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis: Bd. 36*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Armezzani, M. & Paduanello, M. (2013). Subjective well-being among youth: A study employing the pyramid procedure. *Journal of Constructivist Psychology*, 26(1), 37–49. <https://doi.org/10.1080/10720537.2013.732533>
- Baier, D. & Kamenowski, M. (Juni 2020). *Wie erlebten Jugendliche den Corona-Lockdown? Ergebnisse einer Befragung im Kanton Zürich*. Zürich.
- Balandis, O. & Straub, J. (2018). Selbstoptimierung und Enhancement: Der sich verbessernde Mensch - ein expandierendes Forschungsfeld. *Journal für Psychologie*, 26(1), 131–155.
- Bandura, A. (1991). Self-regulation of motivation through anticipatory and self-reactive mechanisms. In R. A. Dienstbier (Hg.), *Current theory and research in motivation, Vol. 38. Nebraska Symposium on Motivation, 1990: Perspectives on motivation* (S. 69–164). University of Nebraska Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bardes, J. (2009). *Livres et multimédia. La culture chez les jeunes* (Population & Emploi Nr. 39).
- Baschung Pfister, P. (2010). Der lange Weg der Verhaltensänderung. *Physioactive*, 2, 12–17. <https://doi.org/10.5167/uzh-42173>
- Becker, P. (1992). Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung - Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit. In P. Paulus (Hg.), *Prävention und Gesundheitsförderung: Perspektiven für die psychosoziale Praxis* (S. 91–107). GwG-Verlag.
- Bell, V., Bishop, D. V. M. & Przybylski, A. K. (2015). The debate over digital technology and young people. *BMJ (Clinical research ed.)*, 351, h3064. <https://doi.org/10.1136/bmj.h3064>
- Ben-Arieh, A., Casas, F., Frønes, I. & Korbin, J. E. (2014). Multifaceted Concept of Child Well-Being. In A. Ben-Arieh, F. Casas, I. Frønes & J. E. Korbin (Hg.), *Handbook of child well-being* (S. 1–27). Springer. https://doi.org/10.1007/978-90-481-9063-8_134
- Berryman, C., Ferguson, C. J. & Negy, C. (2018). Social media use and mental health among young adults. *Psychiatric Quarterly*, 89(2), 307–314. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9535-6>
- Berthet, F., Calteux, A., Wolter, M., Weber, L., van Ginneken, E. & Spranger, A. (2015). *Health Systems in Transition - Luxembourg. HiT in Brief. Hg. v. European Observatory on Health Systems and Policies*. Brüssel. European Observatory on Health Systems and Policies. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/287943/Mini-HiT_Luxembourg-rev1.pdf?ua=1
- Biewers-Grimm, S. & Joachim, P. (2016). Zum Alkoholkonsum Jugendlicher innerhalb der Peergruppe und im öffentlichen Raum - Ergebnisse einer empirischen Studie. In B. Kastenbutt, A. Legnaro & A. Schmieder (Hg.), *Jahrbuch Suchtforschung: Band 8. Rauschdiskurse: Drogenkonsum im kulturgeschichtlichen Wandel* (S. 171–186). Lit Verlag.
- Biewers, S. (2011). Jugendarbeit als Bildungsort. *Forum für Politik, Gesellschaft und Kultur*(312), 44–47.
- Biewers, S., Schumacher, A. & Meyers, C. (in press). *Soziale Arbeit und Sozialpolitik in Luxemburg – Entwicklungen und Reformprozesse*. In: W. Thole (Hg.), *Grundriss sozialer Arbeit*. Springer VS.
- Blättner, B. & Waller, H. (2011). *Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung* (5. vollst. überarb. und erw. Auflage). Kohlhammer.

- Bös, K., Brochmann, C., Eschette, H., Lämmle, L., Lanners, M., Oberger, J., Opper, E., Romahn, N., Schorn, A., Wagener, Y., Wagner, M. & Worth, A. (2006). *Gesundheit, motorische Leistungsfähigkeit und körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Luxemburg: Untersuchung für die Altersgruppen 9, 14 und 18 Jahre*. Kurzbericht zum Forschungsprojekt. Luxemburg. Universität Karlsruhe (TH); Ministère de l'Éducation nationale et de la Formation professionnelle (MENFP); Ministère de la Santé; Département ministériel des Sports. <http://www.men.public.lu/catalogue-publications/themes-pedagogiques/promotion-sante-bien-etre/motrice-rapport-sante-06/de.pdf>
- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In R. Kreckel (Hg.), *Soziale Ungleichheiten* (S. 183–198). Verlag Otto Schwartz & Co.
- Bourke, L. & Geldens, P. M. (2007). Subjective wellbeing and its meaning for young people in a rural Australian center. *Social Indicators Research*, 82(1), 165–187. <https://doi.org/10.1007/s11205-006-9031-0>
- Bradshaw, J. & Richardson, D. (2009). An Index of Child Well-Being in Europe. *Child Indicators Research*, 2(3), 319–351. <https://doi.org/10.1007/s12187-009-9037-7>
- Bradshaw, J., Hoelscher, P. & Richardson, D. (2007). An index of child well-being in the European Union. *Social Indicators Research*, 80(1), 133–177. <https://doi.org/10.1007/s11205-006-9024-z>
- Brajša-Žganec, A., Merkaš, M. & Šverko, I. (2011). Quality of life and leisure activities: How do leisure activities contribute to subjective well-being? *Social Indicators Research*, 102(1), 81–91. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9724-2>
- Branquinho, C., Kelly, C., Arevalo, L. C., Santos, A. & Matos, M. G. de (2020). „Hey, we also have something to say“: A qualitative study of Portuguese adolescents' and young people's experiences under COVID-19. *Journal of Community Psychology*, 48(8), 2740–2752. <https://doi.org/10.1002/jcop.22453>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, N. G. & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912–920.
- Brown, L. & Larson, J. (2009). Peer relationships in adolescence. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Hg.), *Handbook of Adolescent Psychology* (S. 74–103). John Wiley & Sons, Inc.
- Bukowski, W., Laursen, B. & Rubin, Kenneth, H. (2019). *Handbook of Peer Interactions, Relationships, and Groups*. The Guilford Press.
- Bundeszentrale für politische Bildung (1. Juni 2020). *Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf*. Eurostat. <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/europa/70546/bip-pro-kopf>
- Bundeszentrale für politische Bildung (1. September 2017). *Ökologischer Fußabdruck und Biokapazität*. Global Footprint Network 2016. <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/globalisierung/255298/oekologischer-fussabdruck-und-biokapazitaet>
- Burger, K. & Samuel, R. (2017). The Role of Perceived Stress and Self-Efficacy in Young People's Life Satisfaction: A Longitudinal Study. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(1), 78–90.
- Burgess, S. & Sievertsen, H. H. (2020). *Schools, skills, and learning: The impact of COVID-19 on education*. <https://voxeu.org/article/impact-covid-19-education>.
- Burke, M. & Kraut, R. E. (2016). The relationship between Facebook use and well-being depends on communication type and tie strength. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 21(4), 265–281. <https://doi.org/10.1111/jcc4.12162>
- Cahen, C., Schneider, É. & Braz, F. (2018). *Koalitionsvertrag 2018-2023*. Luxembourg. Le Gouvernement du Grand-Duché du Luxembourg. <https://gouvernement.lu/de/publications/accord-coalition/2018-2023.html>
- Caldwell, L. L. (2005). Leisure and health: Why is leisure therapeutic? *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(1), 7–26.
- Call, K. T., Riedel, A. A., Hein, K., Mcloyd, V., Petersen, A. & Kipke, M. (2002). Adolescent health and well-being in the twenty-first century: A global perspective. *J Research Adolescence (Journal of Research on Adolescence)*, 12(1), 69–98. <https://doi.org/10.1111/1532-7795.00025>
- Calmbach, M., Flaig, B., Edwards, J., Möller-Slawinski, H., Borchard, I. & Schleer, C. (2020). *Wie ticken Jugendliche? SINUS-Jugendstudie 2020: Lebenswelten von Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren in Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung/bpb.

- Campbell, T. L. (2000). Familie und Gesundheit. Zum Stand der Forschung. In F. Kröger, A. Hendrichke & S. H. McDaniel (Hg.), *Familie, System und Gesundheit: Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen* (S. 225–241). Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick. Rutgers University Press.
- Catunda, C., van Duin, C., Heinz, A. & Willems, H. (2020). *Suicidal Behaviour in Youth in Luxembourg -Findings from the HBSC 2014 Luxembourg Study*. Esch-sur-Alzette. University of Luxembourg.
- Chambre des Députés (1975). *Loi du 6 février 1975 relative à la majorité civile, l'autorité parentale, l'administration légale, la tutelle et l'émancipation* (Nr. 6). *Memorial A - Recueil de législation*, S. 260–280.
- Chambre des Députés. (1989). *Loi du 29 juin 1989 portant réforme du régime des cabarets*. (Nr. 43). *Memorial A - Recueil de législation*, S. 802–807.
- Chambre des Députés (1992). *Loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse* (Nr. 70). *Memorial A - Recueil de législation*, S. 2195–2202.
- Chambre des Députés (2001). *Loi du 23 mars 2001 concernant la protection des jeunes travailleurs* (Nr. 40). *Memorial A - Recueil de législation*, S. 908–918.
- Chambre des Députés (2003). *Loi électorale du 18 février 2003* (Nr. 30). *Memorial A - Recueil de législation*, S. 446–508.
- Chambre des Députés (2008). *Loi du 16 décembre 2008 relative à l'aide à l'enfance et à la famille* (Nr. 192). *Memorial A - Recueil de législation*, S. 2583–2588.
- Chambre des Députés (2009). *Loi du 6 février 2009 relative à l'obligation scolaire* (Nr. 20). *Memorial A - Recueil de législation*, S. 197–228.
- Chambre des Députés (2011). *Loi du 28 juillet 2011 portant 1. approbation de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, faite à New York, le 13 décembre 2006; 2. approbation du Protocole facultatif à la Convention relative aux droits des personnes handicapées relatif au Comité des droits des personnes handicapées, fait à New York, le 13 décembre 2006, 3. désignation des mécanismes indépendants de promotion, de protection et de suivi de l'application de la Convention relative aux droits des personnes handicapées*. (Nr. 169). *Memorial A - Recueil de législation*, S. 2898–2916.
- Chambre des Députés (2013). *Loi du 18 juillet 2013 modifiant la loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac* (Nr. 130). *Memorial A - Recueil de législation*, S. 2717–2719.
- Chambre des Députés. (2015). *Loi du 24 novembre 2015 modifiant la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé et la loi modifiée du 16 août 1968 portant création d'un Centre de logopédie et de services audiométrique et orthophonique*. (Nr. 220). *Memorial A - Recueil de législation*, S. 4781–4786.
- Chambre des Députés (2016). *Loi du 3 novembre 2016 portant réforme du congé parental* (Nr. 224). *Memorial A - Recueil de législation*, S. 4202–4215.
- Chambre des Députés (2017a). *Loi du 29 juin 2017* (Nr. 617). *Memorial A - Recueil de législation*, S. 1–18.
- Chambre des Députés (2017b). *Loi du 29 août 2017 portant sur l'enseignement secondaire* (Nr. 789). *Memorial A - Recueil de législation*, S. 1–25.
- Chambre des Députés (2018a). *Loi du 27 juin 2018 instituant le juge aux affaires familiales, portant réforme du divorce et de l'autorité parentale et portant modification* (Nr. 589). *Memorial A - Recueil de législation*, S. 1–61.
- Chambre des Députés (2018b). *Loi du 20 juillet 2018 portant création de Centres de compétences en psycho-pédagogie spécialisée en faveur de l'inclusion scolaire* (Nr. 664). *Memorial A - Recueil de législation*, S. 1–16.
- Chambre des Députés (2020a). *Loi du 1er avril 2020 instituant l'Ombudsman für Kanner a Jugendlecher* (Nr. 282). *Memorial A - Recueil de législation*, S. 1–7.
- Chambre des Députés (2020b). *Loi du 17 juillet 2020 portant introduction d'une série de mesures de lutte contre la pandémie Covid-19 et modifiant : 1° la loi modifiée du 25 novembre 1975 concernant la délivrance au public des médicaments ; 2° la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments*. (Nr. 624). *Memorial A - Recueil de législation*, S. 1–14.
- Chambre des Salariés (2017). *Stress am Arbeitsplatz, Mobbing, Aggressionen, Burnout: ... handeln zur Vorbeugung psychosozialer Risiken*. Leitfaden für die Personaldelegation.

- Cicognani, E. (2011). Coping strategies with minor stressors in adolescence: Relationships with social support, self-efficacy, and psychological well-being. *Journal of Applied Social Psychology, 41*(3), 559–578. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2011.00726.x>
- Clarke, A. T. (2006). Coping with interpersonal stress and psychosocial health among children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence, 35*(1), 11–24. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9001-x>
- Cleland Woods, H. & Scott, H. (2016). #Sleepyteens: Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. *Journal of Adolescence, 51*, 41–49. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.008>
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cole, T. J. & Lobstein, T. (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric obesity, 7*(4), 284–294. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x>
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127*(1), 87–127. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.127.1.87>
- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T. & Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *SocSciMed, 66*(6), 1429–1436. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.024>
- Daining, C. & DePanfilis, D. (2007). Resilience of youth in transition from out-of-home care to adulthood. *Children and Youth Services Review, 29*(9), 1158–1178.
- De Clercq, B., Abel, T., Moor, I., Elgar, F. J., Lievens, J., Sioen, I., Braeckman, L. & Deforche, B. (2017). Social inequality in adolescents' healthy food intake: The interplay between economic, social and cultural capital. *The European Journal of Public Health, 27*(2), 279–286. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw236>
- Décieux, J. P., Heinen, A. & Willems, H. (2018). Social media and its role in friendship-driven interactions among young people: A mixed methods study. *Young, 27*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1177/1103308818755516>
- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J. & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine, 21*(3), 267–275. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., Lucas, R. E. & Oishi, S. (2005). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Hg.), *Oxford library of psychology. Oxford handbook of positive psychology* (S. 63–73). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195187243.013.0017>
- Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent Findings on Subjective Well-Being. *Indian Journal of Clinical Psychology, 24*, 25–41.
- Dodge, R., Daly, A., Huyton, J. & Sanders, L. D. (2012). The challenge of defining wellbeing. *Intnl. J. Wellbeing (International Journal of Wellbeing), 2*(3), 222–235. <https://doi.org/10.5502/ijw.v2i3.4>
- Donkin, A. J. M. (2014). Social gradient. In W. C. Cockerham (Hg.), *Wiley Blackwell encyclopedias in social science. The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society* (S. 2172–2178). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs530>
- Dragano, N. (2007). *Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten. Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Drapeau, S., Saint-Jacques, M.-C., Lépine, R., Bégin, G. & Bernard, M. (2007). Processes that contribute to resilience among youth in foster care. *Journal of Adolescence, 30*(6), 977–999.
- Durkin, K. & Barber, B. (2002). Not so doomed: Computer game play and positive adolescent development. *Applied Developmental Psychology, 23*(4), 373–392. [https://doi.org/10.1016/S0193-3973\(02\)00124-7](https://doi.org/10.1016/S0193-3973(02)00124-7)

- Dvorsky, M. R., Breau, R. & Becker, S. P. (2020). Finding ordinary magic in extraordinary times: child and adolescent resilience during the COVID-19 pandemic. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1–3. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01583-8>
- Egger, M. & Razum, O. (Hg.) (2012). *Public Health: Sozial- Und Präventivmedizin Kompakt*. De Gruyter Verlag.
- Egger, M., Razum, O. & Rieder, A. (Hg.) (2018). *De Gruyter Studium. Public Health Kompakt* (3. Aufl.). De Gruyter Verlag. <https://doi.org/10.1515/9783110466867>
- Elgar, F. J., Pförtner, T.-K., Moor, I., De Clercq, B., Stevens, G. W. J. M. & Currie, C. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet*, 385(9982), 2088–2095. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61460-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61460-4)
- Elgar, F. J., Xie, A., Pförtner, T.-K., White, J. & Pickett, K. E. (2017). Assessing the view from bottom: How to measure socioeconomic position and relative deprivation in adolescents. *SAGE Research Methods Case*, 91, 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.030>
- Ellis, W. E., Dumas, T. M. & Forbes, L. M. (2020). Physically isolated but socially connected: Psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 52(3), 177–187. <https://doi.org/10.1037/cbs0000215>
- Entringer, T. M., Kröger, H., Schupp, J., Kühne, S., Liebig, S., Goebel, J., Grabka, M. M., Graeber, D., Kroh, M., Schröder, C., Seebauer, J. & Zinn, S. (2020). *Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil* (SOEPPapers on Multidisciplinary Panel Data Research No. 1087).
- Erbeldinger, P. (2003). *Freizeit handeln Jugendlicher - Motive und Bedeutungen: Eine empirische Untersuchung zu Freizeitmotiven Jugendlicher* [Dissertation zum Dr. rer. pol. im Fachbereich IV (Wirtschafts- und Sozialwissenschaften)]. Universität Trier. https://ubt.opus.hbz-nrw.de/files/273/Freizeitmotive_Jugendlicher.pdf
- Eschenbeck, H. (2010). Bewältigung alltäglicher Stresssituationen von Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 18(3), 103–118. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000018>
- Eurofound (2016). *Europäische Erhebung zur Lebensqualität – Datenvisualisierung*. Europäische Union. <https://www.eurofound.europa.eu/de/data/european-quality-of-life-survey>
- European Commission. (12. Juni 2008). *European Pact for Mental Health and Well-being: EU HIGH-LEVEL CONFERENCE TOGETHER FOR MENTAL HEALTH AND WELLBEING*. Brüssel. https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
- Europäische Kommission (2020a). *Beschäftigung, Soziales und Integration: Die verstärkte Jugendgarantie*. Europäische Kommission. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1079&langId=de>
- Europäische Kommission (2020b). *Education & Training 2020 -Schools policy - A whole school approach to tackling early school leaving Policy messages*. European Union. https://ec.europa.eu/education/resources-and-tools/document-library/schools-policy-a-whole-school-approach-to-tackling-early-school-leaving_en
- European Observatory on Health Care Systems (1999). *Health Care Systems in Transition - Luxembourg*. Luxembourg.
- Eurostat (2020a). *Bevölkerung am 1. Januar nach Altersgruppe und Geschlecht [demo_pjangroup]*. Europäische Union. <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/main/data/database>
- Eurostat (2020b). *Bevölkerung am 1. Januar nach Altersgruppen, Geschlecht und Staatsangehörigkeit [migr_pop1ctz]*. Europäische Union. <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/main/data/database>
- Eurostat (2020c). *Vergleich der Nationalitätenstruktur der Gesamtbevölkerung und der unter 15-Jährigen im Zeitverlauf [mig_pop_1ctz]*. Europäische Union. https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=migr_pop_1ctz&lang=de
- Eurostat (2020d). *Bevölkerung nach Bildungsabschluss, Geschlecht und Alter [edat_ifse_03]*. Europäische Union. <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/education-and-training/data/database>
- Eurostat (2020e). *Arbeitslosendaten nach Alter und Geschlecht- monatliche Daten [une_rt_m]*. Europäische Union. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/UNE_RT_M__custom_762929/default/table?lang=de
- Eurostat (2020f). *Jugendarbeitslosigkeit nach Geschlecht, Alter und Bildungsabschluss [yth_emp_090]*. Europäische Union. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/yth_emp_090/default/table?lang=de

- Eurostat (2020g). *Nichterwerbstätige Jugendliche, die weder an Bildung noch an Weiterbildung teilnehmen, nach Geschlecht, Alter und Erwerbsstatus (NEET Rate) [yth_empl_150] zw. 15 und 29 Jahren; NEET-Rate im europäischen Vergleich von 2007 bis 2019 (in Prozent)*. Europäische Union. <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/youth/data/database>
- Eurostat (2020h). *Anteil der befristeten Arbeitsverträge im Jugendalter [yth_empl_050]*. Europäische Union. https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=yth_empl_050&lang=de
- Eurostat (2020i). *Jugenderwerbstätigkeit nach Geschlecht, Alter und Bildungsstand [Yth_empl_010]*. Europäische Union. <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/youth/data/database>
- Eurostat (2020j). *Der von Armut und Ausgrenzung bedrohte Anteil der Bevölkerung in Prozent 2010 und 2019 [ilc_peps01]*. Europäische Union. <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/income-and-living-conditions/data/database>
- Eurostat (2020k). *Gini-Koeffizient des verfügbaren Äquivalenzeinkommens [TESS190]*. Europäische Union. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tessi190/default/table?lang=de>
- Eurostat (2021). *Arbeitslosendaten nach Alter und Geschlecht- vierteljährliche Daten [une_rt_q]*. Europäische Union. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/UNE_RT_M__custom_762929/default/table?lang=de
- Faltermaier, T. (19. Oktober 2015). *Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsverhalten-krankheitsverhalten-gesundheitshandeln/>
- Faltermaier, T., Leplow, B., Maria, v. S., Selg, H. & Ulich, D. (2017). *Gesundheitspsychologie* (2. Aufl.). *Grundriss der Psychologie: Bd. 21*. Kohlhammer.
- Fédération des Artisans (Hg.) (2013). *Croissance, emploi, esprit d'entreprendre, responsabilité. Les attentes et recommandations de l'artisanat en vue des élections législatives du 20 octobre 2013*.
- Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L. & Clemens, V. (2020). Challenges and burdens of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14, 20. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
- Ferri, E. (1998). Forty years on: Professor Neville Butler and the british birth cohort studies. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 12(1), 31–44. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3016.1998.0120s1031.x>
- Festinger, L. (1957/2012). *Theorie der kognitiven Dissonanz* (2. Aufl.). Huber. (Erstveröffentlichung 1957)
- Flaquer, L. (2014). Family-related factors influencing child well-being. In A. Ben-Arieh, F. Casas, I. Frønes & J. E. Korbin (Hg.), *Handbook of child well-being* (S. 2229–2255). Springer.
- Flick, U. (1998a). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit: Überblick und Einleitung. In U. Flick (Hg.), *Gesundheitsforschung. Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 7–30). Juventa-Verlag. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-39918>
- Flick, U. (Hg.) (1998b). *Gesundheitsforschung. Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Juventa-Verlag.
- Fookon, I. & Zinnecker, J. (Hg.) (2009). *Kinder des Weltkrieges. Trauma und Resilienz: Chancen und Risiken lebensgeschichtlicher Bewältigung von belasteten Kindheiten*. Juventa-Verlag.
- Fookon, I. (2013). Resilienz und posttraumatische Reifung. In A. Maercker (Hg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen: Mit 40 Tabellen* (4. Aufl.). Springer.
- Forouzanfar, M. H., Afshin, A., Alexander, L. T., Anderson, H. R., Bhutta, Z. A., Biryukov, S., Brauer, M., Burnett, R., Cercy, K., Charlson, F. J., Cohen, A. J., Dandona, L., Estep, K., Ferrari, A. J., Frostad, J. J., Fullman, N., Gething, P. W., Godwin, W. W., Griswold, M., . . . Murray, C. J. L. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of risks, 1990–2015: A systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1659–1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8)
- Franzkowiak, P. & Franke, A. (2018). *Stress und Stressbewältigung*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/stress-und-stressbewaeltigung/>

- Franzkowiak, P. (2018). *Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/risikofaktoren-und-risikofaktorenmodell/>
- Friedemann, C., Heneghan, C., Mahtani, K., Thompson, M., Perera, R. & Ward, A. M. (2012). Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, *345*, e4759. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4759>
- Frising, A. (2017). Regards sur l'utilisation des TIC par les résidents. *Regards du STATEC*(2), 1–4.
- Frising, A. (2019). *Au Luxembourg, 100% des jeunes et 82% des 65 à 74 ans ont un accès internet: Utilisation des technologies de l'information selon les générations* (Regards Nr. 12).
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2009). *Resilienz. UTB: Bd. 3290*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Furlong, A. (2006). Not a very NEET solution: Representing problematic labour market transitions among early school-leavers. *Work, Employment and Society*, *20*(3), 553–569. <https://doi.org/10.1177/0950017006067001>
- Garipey, G., McKinnon, B., Sentenac, M. & Elgar, F. J. (2016). Validity and reliability of a brief symptom checklist to measure psychological health in school-aged children. *Child Indicators Research*, *9*(2), 471–484. <https://doi.org/10.1007/s12187-015-9326-2>
- Garrison, M. M., Richardson, L. P., Christakis, D. A. & Connell, F. (2004). Mental illness hospitalizations of youth in Washington State. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *158*(8), 781–785. <https://doi.org/10.1001/archpedi.158.8.781>
- Gelhaar, T., Seiffge-Krenke, I., Borge, A., Cicognani, E., Cunha, M., Loncaric, D., Macek, P., Steinhausen, H.-C. & Winkler Metzke, C. (2007). Adolescent coping with everyday stressors: A seven-nation study of youth from central, eastern, southern, and northern Europe. *European Journal of Developmental Psychology*, *4*(2), 129–156. <https://doi.org/10.1080/17405620600831564>
- GENYOUth (10. Juni 2020). *Life Disrupted: The Impact of COVID-19 on Teens*. GENYOUth Insights. <https://www.genyouthnow.org/reports/life-disrupted-the-impact-of-covid-19-on-teens>
- Gerkrath, J. (2017). *Grundrechte im Großherzogtum Luxemburg*. https://orbilu.uni.lu/bitstream/10993/24723/1/%C2%A7290_Gerkrath_Luxemburg.pdf
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., Benthin, A. C. & Hessling, R. M. (1996). A Longitudinal Study of the Reciprocal Nature of Risk Behaviors and Cognitions in Adolescents: What You Do Shapes What You Think, and Vice Versa. *Health Psychology*, *15*(5), 344–354.
- Gobina, I., Zaborskis, A., Pudule, I., Kalnins, I. & Villerusa, A. (2008). Bullying and subjective health among adolescents at schools in Latvia and Lithuania. *Int J Public Health (International Journal of Public Health)*, *53*(5), 272–276. <https://doi.org/10.1007/s00038-008-7041-1>
- Götz, M., Mendel, C., Lemish, D., Jennings, N., Hains, R., Abdul, F. & Alper, M. (2020). Children, COVID-19 and the media: A study on the challenges children are facing in the 2020 coronavirus crisis. *Television*, *33*, 4–9.
- Götzinger, F., Santiago-García, B., Noguera-Julián, A., Lanaspá, M., Lancelli, L., Calò Carducci, F. I., Gabrovská, N., Velizarova, S., Prunk, P., Osterman, V., Krivec, U., Lo Vecchio, A., Shingadia, D., Soranio-Aranda, A., Melando, S., Lanari, M., Pierantoni, L., Wagner, N., L'Huillier, A. G., . . . Tebruegge, M. (2020). COVID-19 in children and adolescents in Europe: A multinational, multicentre cohort study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *4*, 653–661.
- Granic, I., Lobel, A. & Engels, Rutger C. M. E. (2014). The benefits of playing videogames. *American Psychologist*, *69*(1), 66–78. <https://doi.org/10.1037/a0034857>
- Groupe RADELUX. (28. November 2012). *Rapport supplémentaire au 3e et 4e rapport national (2001-2009) sur les droits de l'enfant au Luxembourg*. Luxembourg. Groupe RADELUX Rapport alternatif des ONG luxembourgeoises au 3e et 4e rapport gouvernemental sur les Droits de l'Enfant au Luxembourg. https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/LUX/INT_CRC_NGO_LUX_13899_F.pdf
- Grözinger, G. & Piper, A. (2019). Gender(un)gleichheit im Lebensverlauf. *Wirtschaftsdienst*, *99*(4), 272–277.
- Hackauf, H. & Ohlbrecht, H. (Hg.) (2010). *Jugend und Gesundheit: Ein Forschungsüberblick*. Juventa-Verlag.
- Hadjar, A., Fischbach, A. & Backes, S. (2018). Bildungsungleichheiten im luxemburgischen Sekundarschulsystem aus zeitlicher Perspektive. In Luxembourg Centre for Educational Testing & Service de Coordination de la Recherche

- et de l'Innovation pédagogiques et technologiques (Hg.), *Nationaler Bildungsbericht Luxemburg 2018*. Université du Luxembourg.
- Hartmann, W., Bäck, G., Gorgi, M., Hajszan, M., Hartel, B., Marek, D., Pfohl-Chalaupek, M., Steinmann, R., Bodeving, C., Seele, C. & Biewers, S. (2018). *Nationaler Rahmenplan zur non-formalen Bildung im Kindes- und Jugendalter*. Luxembourg. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse & Service National de la Jeunesse.
- Hartung, A., Chauvel, L. & Bar-Haim, E. (2018). "Bréngt et eppes ze studéieren?" – Zur Entwicklung der Erträge von Bildungsinvestitionen in Luxemburg. *Nationaler Bildungsbericht Luxemburg 2018*. In Luxembourg Centre for Educational Testing & Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques (Hg.), *Nationaler Bildungsbericht Luxemburg 2018* (S. 104–113). Université du Luxembourg.
- Hascher, T. & Hagenauer, G. (2011). Schulisches Wohlbefinden im Jugendalter – Verläufe und Einflussfaktoren. In A. Ittel, H. Merckens & L. Stecher (Hg.), *Jahrbuch Jugendforschung: 10. Ausgabe 2010* (1. Aufl., 15–45). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hascher, T. (2004). *Schule positiv erleben- Ergebnisse und Erkenntnisse zum Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern*. Wohlbefinden in der Schule - Eine Einführung. Haupt Verlag.
- Hascher, T. (2017). *Die Bedeutung von Wohlbefinden und Sozialklima für Inklusion*. In Lütje-Klose et al. (Hg.) *Inklusion: Profile für die Schul- und Unterrichtsentwicklung in Deutschland, Österreich und der Schweiz*. Theoretische Grundlagen – Empirische Befunde – Praxisbeispiele. Waxmann.
- Haug, E., Rasmussen, M., Samdal, O., Iannotti, R., Kelly, C., Borraccino, A., Vereecken, C., Melkevik, O., Lazzeri, G., Giacchi, M., Ercan, O., Due, P., Ravens-Sieberer, U., Currie, C., Morgan, A. & Ahluwalia, N. (2009). Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: Results from the WHO-collaborative health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study. *International Journal of Public Health*, 54(2), 167–179. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-5408-6>
- Haugland, S. & Wold, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence--reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence*, 24(5), 611–624. <https://doi.org/10.1006/jado.2000.0393>
- Hauret, L. (2017). *Les NEETs au Luxembourg: Une population hétérogène* (Les Rapports du Liser). Luxembourg Institute of Socio-Economic Research (LISER).
- Havighurst, R. J. (1981). *Developmental tasks and education* (3. Aufl.). Longman.
- Hawke, L. D., Barbic, S. P., Voineskos, A., Szatmari, P., Cleverley, K., Hayes, E., Relihan, J., Daley, M., Courtney, D., Cheung, A., Darnay, K. & Henderson, J. L. (2020). Impacts of COVID-19 on Youth Mental Health, Substance Use, and Well-being: A Rapid Survey of Clinical and Community Samples. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(10), 701–709.
- Hawkins-Rodgers, Y. (2007). Adolescents adjusting to a group home environment: A residential care model of re-organizing attachment behavior and building resiliency. *Children and Youth Services Review*, 29(9), 1131–1141.
- Heffer, T., Good, M., Daly, O., MacDonell, E. & Willoughby, T. (2019). The longitudinal association between social-media use and depressive symptoms among adolescents and young adults: An empirical reply to Twenge et al. (2018). *Clinical Psychological Science*, 7(3), 462–470. <https://doi.org/10.1177/2167702618812727>
- Heinz, A., Catunda, C., van Duin, C., Torsheim, T. & Willems, H. (2020). Patterns of health-related gender inequalities-A Cluster analysis of 45 countries. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 29–39. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.011>
- Heinz, A., Kern, M. R., van Duin, C., Catunda, C. & Willems, H. (2020). *Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Luxemburg – Bericht zur luxemburgischen HBSC-Studie 2018*. Esch-sur-Alzette. University of Luxembourg.
- Heinz, A., van Duin, C., Catunda, C., Kern, M. R., Residori, C. & Willems, H. (2018). *Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Luxemburg: Bericht zur HBSC-Befragung luxemburgischer Schülerinnen und Schüler im Jahr 2014* (INSIDE Research Reports. Institute for Research on Generations and Family - Youth Research). Luxembourg. Universität Luxemburg; Ministère de la Santé; Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse (MENJE).
- Heinz, A., van Duin, C., Kern, M. R., Catunda, C. & Willems, H. (2020). *Trends from 2006 - 2018 in health behaviour, health outcomes and social context of adolescents in Luxembourg*. Esch-sur-Alzette. University of Luxembourg (UL);

- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse (MENJE); Ministère de la Santé. <http://hdl.handle.net/10993/42571>
- Heise, L., Greene, M. E., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., Zewdie, D., Darmstadt, G. L., Greene, M. E., Hawkes, S., Henry, S., Heymann, J., Klugman, J., Levine, R., Raj, A. & Rao Gupta, G. (2019). Gender Inequality and Restrictive Gender Norms: Framing the Challenges to Health. *The Lancet*, 393(10189), 2440–2454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30652-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30652-X)
- Helbig, M. (2013). Geschlechtsspezifischer Bildungserfolg im Wandel. Eine Studie zum Schulverlauf von Mädchen und Jungen an allgemeinbildenden Schulen für die Geburtsjahrgänge 1944-1986 in Deutschland. *Journal For Educational Research Online*, 5(1), 141–183.
- Hellmann, T., Schmidt, P. & Heller, S. M. (2019). *Social Justice in the EU and OECD-Index Report 2019*. Bertelsmann Stiftung. <https://doi.org/10.11586/2019033>
- Hetland, J., Torsheim, T. & Aarø, L. E. (2002). Subjective health complaints in adolescence: Dimensional structure and variation across gender and age. *Scand J Public Health (Scandinavian Journal of Public Health)*, 30(30), 223–230. <https://doi.org/10.1177/140349480203000309>
- Hoch, E., Bonnet, U., Thomasius, R., Ganzer, F., Havemann-Reinecke, U. & Preuss, U. W. (2015). Risks associated with the non-medicinal use of cannabis. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(16), 271–278. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0271>
- Hodačová, L., Hlaváčková, E., Sigmundová, D., Kalman, M. & Kopčáková, J. (2017). Trends in life satisfaction and self-rated health in Czech school-aged children: HBSC Study. *Central European Journal of Public Health*, 25, 51-56. <https://doi.org/10.21101/cejph.a4820>.
- Hölling, H., Schlack, R., Kamtsiuris, P., Butschalowsky, H., Schlaud, M. & Bärbel-Kurth, M. (2012). Die KiGGS-Studie: Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 836-842. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1486-3>
- Hornberg, C. (2016). Gesundheit und Wohlbefinden. In U. Gebhard & T. Kistemann (Hg.), *Landschaft, Identität und Gesundheit: Zum Konzept der Therapeutischen Landschaften* (S. 63–69). Springer VS.
- Huber, S. G., Günther, P. S., Schneider, N., Helm, C., Schwander, M., Schneider, J. & Pruitt, J. (2020). *COVID-19 und aktuelle Herausforderungen in Schule und Bildung: Erste Befunde des Schul-Barometers in Deutschland, Österreich und der Schweiz*. Schul-Barometer. Waxmann.
- Huebner, E. S., Hills, K. J., Jiang, X., Long, R. F., Kelly, R. & Lyons, M. D. (2014). Schooling and children's subjective well-being. In A. Ben-Arieh, F. Casas, I. Frønes & J. E. Korbin (Hg.), *Handbook of child well-being* (S. 797–819). Springer. https://doi.org/10.1007/978-90-481-9063-8_26
- Huebner, E. S., Laughlin, J. E., Ash, C. & Gilman, R. (1998). Further validation of the multidimensional students' life satisfaction scale. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 16(2), 118–134. <https://doi.org/10.1177/073428299801600202>
- Hurrelmann, K. & Andresen, S. (Hg.) (2010). *Kinder in Deutschland. 2. World Vision Kinderstudie*. Fischer. https://www.worldvision.de/sites/worldvision.de/files/pdf/2Kinderstudie2010_komplett.pdf
- Hurrelmann, K. (2003). *Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (5. Aufl.). *Grundlagentexte Soziologie*. Juventa-Verlag.
- Hurrelmann, K. (2012). Jugendliche als produktive Realitätsverarbeiter: Zur Neuausgabe des Buches „Lebensphase Jugend“. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 7(1), 89–100.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hg.) (2007). *Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (2. Aufl.). Huber.
- Hury, J., Peltier, F., Ries, J., Salagean, I., Thill, G. & Zahlen, P. (2015). *Rapport travail et cohésion sociale* (Cahier économique Nr. 120). Luxembourg. Institut national de la statistique et des études économiques (statec).
- IAB-Forum (18. September 2019). *Gini-Koeffizient*. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. <https://www.iab-forum.de/glossar/gini-koeffizient/>
- Inspection générale de la sécurité sociale [IGSS] (2019). *Zahl der Versicherten in der Altersgruppe der 12- bis 29-Jährigen*.

- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A., Kelly, C. & Arnarsson, Á. M. (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being: Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada* [International report, Volume 1 Key Findings]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf>
- Inchley, J., Currie, D., Vieno, A., Torsheim, T., Ferreira-Borges, C., Weber, M. M., Barnekow, V. & Breda, J. (2018). *Adolescent alcohol-related behaviours: Trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014*. Observations from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) WHO collaborative cross-national study.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Mathison, F., Aleman-Diaz, A., Molcho, M., Weber, M. & Barnekow, V. (2016). *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey* (Health policy for children and adolescents Nr. 7). Copenhagen. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf
- Institut national pour le développement durable et la responsabilité sociale des entreprises [INDR] (2019). Extraits concernant la gestion du bien-être au travail, tirés du chapitre „Social“. In *Guide ESR: L'ouvrage de référence de la RSE au Grand-Duché de Luxembourg*. Luxembourg: Institut national pour le développement durable et la responsabilité sociale des entreprises (INDR).
- Jacob, R. (2006). *Sozial- und Gesundheitsberichterstattung: Hintergründe, Defizite, Möglichkeiten*. Peter Lang. <https://www.socialnet.de/rezensionen/4662.php>
- Jäger, J. A. & Peters, U. (2017). *Die Kinder- und Familienhilfe in Luxemburg: Strukturen und Entwicklung im Kontext von Schutz und Hilfe*. Luxemburg. Universität Luxemburg.
- Jané-Llopis, E. & Braddick, F. (2008). *Mental health in youth and education: Consensus paper*. European Commission.
- Janssen, I. & Leblanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(40), 1–16. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-40>
- Jessor, R. (1984). Adolescent development and behavioral health. In J. D. Matarazzo (Hg.), *Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention* (S. 69–90). Wiley.
- Kaman, A., Ottová-Jordan, V. & Bilz, Ludwig, Sudeck, Gorden, Moor, Irene & Ravens-Sieberer, Ulrike (2020). Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18. *Journal of Health Monitoring*, 5(3), 7–21. <https://doi.org/10.25646/6891>
- Kasl, S. V. & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. *Archives of Environmental Psychology*, 12(2), 246–266. <https://doi.org/10.1080/00039896.1966.10664365>
- Kastner, M. (2006). Prävention in der Arbeitswelt. *Psychotherapeut*, 51(6), 440–451. <https://doi.org/10.1007/s00278-006-0516-8>
- Kelle, U. & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung* (2. Aufl.). *Qualitative Sozialforschung: Bd. 15*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kelleher, C., Tay, J. & Gabhain, S. N. (2007). Influence on self-rated health of socio-demographic, lifestyle and affluence factors: An analysis of the Irish and international health behaviours among school-aged children (HBSC) Datasets 1998. *Irish Medical Journal*, 100(8), 43–46.
- Keller, R. (2011). *Diskursforschung: Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen* (4. Aufl.). *Qualitative Sozialforschung: Bd. 14*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kenney, E. L. & Gortmaker, S. L. (2017). United States adolescents' television, computer, videogame, smartphone, and tablet use: Associations with sugary drinks, sleep, physical activity, and obesity. *The Journal of Pediatrics*, 182, 144–149. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.11.015>
- Kern, M. R., Heinz, A., Stevens, G. W. J. M., Walsh, S. D. & Willems, H. (2020). „What's a normal weight?“ - Origin and receiving country influences on weight-status assessment among 1.5 and 2nd generation immigrant adolescents in Europe. *Social Science & Medicine*, 264, 113306. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113306>
- Kinnunen, P., Laukkanen, E. & Kylmä, J. (2010). Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 43–50.

- Kirsch, C., Engel de Abreu, P. M., Neumann, S., Wealer, C., Brazas, K. & Hauffels, I. (2020). *Subjective well-being and stay-at-home-experiences of children aged 6-16 during the first wave of the COVID-19 pandemic in Luxembourg: A report of the project COVID-Kids*. Luxembourg. University of Luxembourg.
- Klocke, A. & Hurrelmann, K. (Hg.). (1998). *Kinder und Jugendliche in Armut: Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-663-10472-8>
- Knoop, Q., Quelch, J. A. & Knoop, C.-I. (2018). *Compassionate management of mental health in the modern workplace*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-71541-4>
- Koivusilta, L. K., Rimpelä, A. H. & Kautiainen, S. M. (2006). Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position? *BMC Public Health*, 6(110), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-110>
- Kouvonen, A., Vahtera, J., Elovainio, M., Cox, S. J., Cox, T., Linna, A., Virtanen, M. & Kivimäki, M. (2007). Organisational justice and smoking: the Finnish public sector study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(5), 427–433.
- Krause, H.-U. (2014). *Grundwissen erzieherische Hilfen: Ausgangsfragen, Schlüsselthemen, Herausforderungen* (4. Aufl.). *Basistexte Erziehungshilfen*. Beltz Juventa.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kuntz, B. (2011). *Bildung und Gesundheit. Die Gesellschaft und ihre Gesundheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuntz, B., Rattay, P., Poethko-Müller, C., Thamm, R., Hölling, H. & Lampert, T. (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(3), 19–36. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-076>
- Kuntz, B., Waldhauser, J., Zeiher, J., Finger, J. & Lampert, T. (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(2), 45–62. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-067>
- Lampert, T. & Kroll, L. E. (2018). Gesundheitliche Ungleichheit. In Statistisches Bundesamt & Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hg.), *Datenreport 2018: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland* (Bd. 1). Bundeszentrale für politische Bildung/bpb.
- Landesanstalt für Kommunikation Baden-Württemberg & Medienanstalt rlp. (2020). *JIMplus 2020: Lernen und Freizeit in der Corona-Krise*. Landesanstalt für Kommunikation Baden-Württemberg (LFK).
- Langmeyer, A., Guglhör-Rudan, A., Naab, T., Urlen, M. & Winklhofer, U. (9. Mai 2020). *Kindsein in Zeiten von Corona: Erste Ergebnisse zum veränderten Alltag und zum Wohlbefinden von Kindern*. https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/dasdji/themen/Familie/DJI_Kindsein_Corona_Erste_Ergebnisse.pdf
- Lavikainen, H. M., Lintonen, T. & Kosunen, E. (2009). Sexual behavior and drinking style among teenagers: A population-based study in Finland. *Health Promotion International*, 24(2), 108–119. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap007>
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lee, E.-H. (2012). Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian nursing research*, 6(4), 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.08.004>
- Lenz, T. & Heinz, A. (2018). Das luxemburgische Schulsystem – Einblicke und Trends. In Luxembourg Centre for Educational Testing & Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques (Hg.), *Nationaler Bildungsbericht Luxemburg 2018* (S. 23–34). Université du Luxembourg. https://www.bildungsbericht.lu/media/ul_natbericht_de_web_1.2.pdf
- Levin, K. A. & Currie, C. (2014). Reliability and validity of an adapted version of the cantril ladder for use with adolescent samples. *Social Indicators Research*, 119(2), 1047–1063. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0507-4>
- Levin, K. A., Dallago, L. & Currie, C. (2012). The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence and gender differences in parent–child communication. *Social Indicators Research*, 106(2), 287–305. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9804-y>

- Levita, L. (May 2020). *Initial research findings on the impact of COVID-19 on the well-being of young people aged 13 to 24 in the UK*. Sheffield.
- Lexas (2017). *Migrationsrate*. <https://www.laenderdaten.de/bevoelkerung/migrationsrate.aspx>
- Li, S. & Xu, Q. (2020). Family support as a protective factor for attitudes toward social distancing and in preserving positive mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of health psychology, 00(0)*, 1-10. <https://doi.org/10.1177/1359105320971697>
- Lohaus, A. (Hg.) (2018). *Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55792-1>
- Louazel, V., Wagener, Y. & Lair, M.-L. (2010). *Pour une stratégie nationale en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes au Luxembourg: Promotion, prévention, prise en charge, intégration*. CRP Santé, Luxembourg; Ministère de la Santé.
- Luhmann, M., Hawkley, L. C., Eid, M. & Cacioppo, J. T. (2012). Time frames and the distinction between affective and cognitive well-being. *Journal of research in personality, 46(4)*, 431–441. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2012.04.004>
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M. & Lucas, R. E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 102(3)*, 592–615. <https://doi.org/10.1037/a0025948>
- Luthar, S. S., Barkin, S. H. & Crossman, E. J. (2013). „I can, therefore I must“: Fragility in the upper-middle classes. *Development and Psychopathology, 25(4pt2)*, 1529–1549. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000758>
- Luxembourg Centre for Educational Testing [LUCET] & Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques [SKRIPT] (Hg.) (2018). *Nationaler Bildungsbericht Luxemburg 2018*. Université du Luxembourg. <http://www.men.public.lu/catalogue-publications/themes-transversaux/statistiques-analyses/bildungsbericht/2018/de.pdf>
- Lysenko, L., Rottmann, N. & Bengel, J. (2010). Resilienzforschung: Relevanz für Prävention und Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 10*, 1067–1072.
- Magson, N. R., Freeman, J. Y. A., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L. & Fardouly, J. (2020). Risk and Protective Factors for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Youth and Adolescence*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>
- Malina, R. M. (2001). Physical activity and fitness: Pathways from childhood to adulthood. *American Journal of Human Biology, 13(2)*, 162–172. [https://doi.org/10.1002/1520-6300\(200102/03\)13:2<162::AID-AJHB1025>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1520-6300(200102/03)13:2<162::AID-AJHB1025>3.0.CO;2-T)
- Manz, K., Schlack, R., Poethko-Müller, C., Mensink, G., Finger, J. & Lampert, T. (2014). Körperlich-Sportliche Aktivität und Nutzung Elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter: Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt, 57(7)*, 840–848. <https://doi.org/10.1007/s00103-014>
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11., aktual., überarb. Aufl). Beltz.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, Landesanstalt für Kommunikation Baden-Württemberg & medienanstalt rlp. (2020). *JIMplus 2020: Lernen und Freizeit in der Corona-Krise*. <https://www.mpfs.de/studien/jim-studie/jimplus-2020/>
- Meeus, W., Iedema, J., Helsen, M. & Vollebergh, W. (1999). Patterns of Adolescent Identity Development: Review of Literature and Longitudinal Analysis, *19(4)*, 419–461. <https://doi.org/10.1006/drev.1999.0483>
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In S. Pickel, G. Pickel, H.-J. Lauth & D. Jahn (Hg.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft* (S. 465–479). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91826-6_23
- Mick, C. (2012). Das Agency-Paradigma. In U. Bauer, U. H. Bittlingmayer & A. Scherr (Hg.), *Bildung und Gesellschaft. Handbuch Bildungs- und Erziehungssoziologie* (1. Aufl., S. 527–541). Springer VS.
- Mielck, A. & Helmert, U. (1998). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In K. Hurrelmann & U. Laser (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Juventa.
- Mielck, A. (2012). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. In E. Brähler, J. Kiess, C. Schubert & W. Kiess (Hg.), *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft*. Göttingen (S. 129–145). Vandenhoeck & Ruprecht Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_8

- Miller, J. W., Naimi, T. S., Brewer, R. D. & Jones, S. E. (2007). Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*, 119(1), 76–85. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1517>
- Ministère de la Famille et de l'Intégration (2010). *3e et 4e rapport périodique présenté par la Luxembourg conformément au paragraphe 1b) de l'article 44 de la convention*. Ministère de la Famille et de l'Intégration.
- Ministère de la Santé (Hg.) (2010). *Rapport d'activité du Ministère de la Santé 2009*. Luxembourg. <https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-activite-ministere-sante-2009/rapport-activite-ministere-sante-2009.pdf>
- Ministère de la Santé (Hg.) (2011). *Rapport d'activité du Ministère de la Santé 2010*. Luxembourg. <https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-activite-ministere-sante-2010/rapport-activite-ministere-sante-2010.pdf>
- Ministère de la Santé (Hg.) (2013). *Rapport d'activité du Ministère de la Santé 2012* (Rapport d'activié). Luxembourg. <https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-activite-ministere-sante-2012/rapport-activite-ministere-sante-2012.pdf>
- Ministère de la Santé (Hg.) (2016). *Rapport d'activité du Ministère de la Santé 2015*. Luxembourg. <https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-activite-ministere-sante-2015/rapport-activite-ministere-sante-2015.pdf>
- Ministère de la Santé (Hg.) (2017). *Rapport d'activité du Ministère de la Santé 2016* (Rapport d'activié). Luxembourg. <https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-activite-ministere-sante-2016/rapport-activite-ministere-2016.pdf>
- Ministère de la Santé (Hg.) (2018). *Rapport d'activité du ministère de la Santé 2017* (Rapport d'activié). Luxembourg. <https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-activite-ministere-sante-2017/rapport-activite-ministere-sante-2017.pdf>
- Ministère de la Santé (Hg.) (2019). *Rapport d'activité du ministère de la Santé 2018* (Rapport d'activié). Luxembourg. Le Gouvernement du Grand-Duché du Luxembourg. <https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-activite-ministere-sante-2018/rapport-activite-2018-sante.pdf>
- Ministère de la Santé (Hg.) (2020). *Rapport d'activité du Ministère de la Santé 2019*. Luxembourg. <https://gouvernement.lu/dam-assets/fr/publications/rapport-activite/minist-sante/2019-rapport-activite-sante/Rapport-d-activite-2019-du-ministere-de-la-Sante.pdf>
- Ministère de la Santé (Hg.) (Mai 2015). *Stratégie et plan d'action gouvernementaux 2015–2019 en matière de lutte contre les drogues d'acquisition illicite et les addictions associées*. Luxembourg. <https://sante.public.lu/fr/publications/s/strategie-plan-drogues-2015-2019/index.html>
- Ministère de la Sécurité sociale (2017). *Krankenversicherung und Gesundheitswesen in Luxemburg*. https://cns.public.lu/dam-assets/publications/depliants/assurance_maladie/CNS-MSS-pictogramme-DE-nb.pdf
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse [MENJE] (Hg.) (13. Juli 2017). *Les jeunes NEETs au Luxembourg: Décrire et comprendre le phénomène pour mieux agir*. Luxembourg. <http://www.men.public.lu/fr/actualites/articles/communiqués-conference-presse/2017/06/13-NEETs/index.html>
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse [MENJE] & Université du Luxembourg [UL] (2015). *La transition de l'adolescence vers l'âge adulte / Übergänge vom Jugend- ins Erwachsenenalter: Rapport national sur la situation de la jeunesse au Luxembourg 2015 / Nationaler Bericht zur Situation der Jugend in Luxemburg 2015*. Luxembourg.
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse [MENJE] (Hg.) (13. Juli 2017). *Les jeunes NEETs au Luxembourg: Décrire et comprendre le phénomène pour mieux agir*. Luxembourg. <http://www.men.public.lu/fr/actualites/articles/communiqués-conference-presse/2017/06/13-NEETs/index.html>
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse [MENJE] (2020a). *Jugendarbeit in der Schule*. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse.
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse [MENJE] (2020b). *Liste des enfants et jeunes adultes vivant au Luxembourg accueillis ou placés en institution ou en famille d'accueil au 1er avril 2020*.
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse [MENJE] & Université du Luxembourg [UL] (2015). *La transition de l'adolescence vers l'âge adulte / Übergänge vom Jugend- ins Erwachsenenalter: Rapport national sur la situation de la jeunesse au Luxembourg 2015 / Nationaler Bericht zur Situation der Jugend in Luxemburg 2015*. Luxembourg.

- Minkkinen, J. (2013). The structural model of child well-being. *Child Indicators Research*, 6(3), 547–558. <https://doi.org/10.1007/s12187-013-9178-6>
- Mondragon, N. I., Sancho, N. B., Santamaria, M. D. & Munitis, A. E. (2020). Struggling to breathe: a qualitative study of children's wellbeing during lockdown in Spain. *Psychology & Health*, 36(2), 179–194. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1804570>
- Moor, I., Rathmann, K., Stronks, K., Levin, K., Spallek, J. & Richter, M. (2014). Psychosocial and behavioural factors in the explanation of socioeconomic inequalities in adolescent health: a multilevel analysis in 28 European and North American countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(10), 912–921. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-203933>
- Mrazek, J. (2006). Somatische Kultur, Körperkonzept und Geschlecht. In I. Hartmann Tews & B. Rulofs (Hg.), *Handbuch Sport und Geschlecht*. (S. 78–88). Hofmann Verlag.
- Müthing, K. & Razakowski, J. (2017). Wohlbefinden und Partizipation in Politik, Familie und Schule bei Kindern in Deutschland. In H. Bertram (Hg.), *Zukunft mit Kindern, Zukunft für Kinder: Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland im europäischen Kontext* (S. 51–60). Verlag Barbara Budrich. <https://doi.org/10.2307/j.ctvdf00sd.6>
- Müthing, K., Razakowski, J. & Gottschling, M. (2018). *LBS-Kinderbarometer Deutschland 2018-Stimmungen, Trends und Meinungen von Kindern aus Deutschland*. Hertens.
- Nagata, J. M., Bibbins-Domingo, K., Garber, A. K., Griffiths, S., Vittinghoff, E. & Murray, S. B. (2019). Boys, bulk, and body ideals: Sex differences in weight-gain attempts among adolescents in the United States. *The Journal of Adolescent Health*, 64(4), 450–453. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.09.002>
- Nave-Herz, R. & Onnen-Isemann, C. (2007). Gesellschaftliche Institutionen. In H. Joas (Hg.), *Lehrbuch der Soziologie* (3. Aufl., S. 313–419). Campus Verlag GmbH.
- Nell, J., Scheier, E., Zuniga, M. & Samuel, R. (2020). *Catalogue de mesures en faveur des jeunes confrontés à des transitions difficiles et en faveur des jeunes NEET*. Université du Luxembourg (UL); Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse (MENJE). <http://hdl.handle.net/10993/43523>
- Neuhauser, H., Schienkiewitz, A., Schaffrath Rosario, A., Dortschy, R. & Kurth, B.-M. (2013). *Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)* (2. Aufl.). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI-Hausdruckerei.
- Nilles, J.-P. & Both, L. (2015). *Thema „Jugendliche und Alkohol“ in der Jugendarbeit* (Pädagogische Handreichung). Service National de la Jeunesse (SNJ).
- Nilles, J.-P., Tholl, L. & Schorn, A. (2016). *Carat – Ein Schulklimamodell für Luxemburger Schulen*. MENJE/ SCRIPT-INNO.
- Nitzko, S. & Seiffge-Krenke, I. (2009). Wohlbefindensforschung im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17(2), 69–81. <https://doi.org/10.1026/0943-8149.17.2.69>
- O'Connor, K. J. & Peroni, C. (2020). One in Three Luxembourg Residents Report their Mental Health Declined during the COVID-19 Crisis. *International Journal of Community Well-Being*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s42413-020-00093-4>
- Ohlbrecht, H. & Winkler, T. (2018). Gesundheit und Wohlbefinden im Kindes- und Jugendalter. In A. Lange, S. Schutter & C. Steiner (Hg.), *Springer Reference Sozialwissenschaften. Handbuch Kindheits- und Jugendsoziologie* (S. 607–618). Springer.
- Olds, T., Maher, C., Zumin, S., Péneau, S., Lioret, S., Castetbon, K., Bellisle, Wilde, J. de, Hohepa, M., Maddison, R., Lissner, L., Sjöberg, A., Zimmermann, M., Aeberli, I., Ogden, C., Flegal, K. & Summerbell, C. (2011). Evidence that the prevalence of childhood overweight is plateauing: Data from nine countries. *IJPO (International journal of pediatric obesity)*, 6(5-6), 342–360. <https://doi.org/10.3109/17477166.2011.605895>
- Olk, T. (2007). *Kinder im „Sozialinvestitionsstaat“ ZSE: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*. DIPF & Juventa.
- Ommundsen, Y., Løndal, K. & Loland, S. (2014). Sport, children, and well-being. In A. Ben-Arieh, F. Casas, I. Frønes & J. E. Korbin (Hg.), *Handbook of child well-being* (S. 911–940). Springer.
- Orben, A. (2020). Teenagers, screens and social media: A narrative review of reviews and key studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(4), 407–414. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01825-4>

- Organisation for Economic Cooperation and Development [OECD] (2018). *Education at a Glance 2018: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/eag-2018-en>.
- Organisation for Economic Cooperation and Development [OECD] (2019a). *International Migration Outlook 2019*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/c3e35eec-en>
- Organisation for Economic Cooperation and Development [OECD] (2019b). *PISA 2018 Results (Volume III) - What School Life Means for Students' Lives: Volume III*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/acd78851-en>
- Organisation for Economic Cooperation and Development [OECD] (2020a). *Programme for International Student Assessment - PISA: PISA 2018 Database*.
- Organisation for Economic Cooperation and Development [OECD] (2020b). *Youth and COVID-19: Response, Recovery and Resilience*. https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134_134356-ud5kox3g26&title=Youth-and-COVID-19-Response-Recovery-and-Resilience
- Ortner, C., Kovacs, C. & Jadin, T. (2020). Kinder und Medien in der Covid-19-Krise: Österreich im internationalen Vergleich. *Medienimpulse*, 58(3), 1–40.
- Panther-Brick, C. & Leckman, J. F. (2013). Editorial commentary: Resilience in child development-interconnected pathways to wellbeing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 333–336. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12057>
- Park, C. L., Russell, B. S., Fendrich, M., Finkelstein-Fox, L., Hutchison, M. & Becker, J. (2020). Americans' COVID-19 Stress, Coping, and Adherence to CDC Guidelines. *Journal of General Internal Medicine*, 35(8), 2296–2303. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05898-9>
- Paulus, P. (2003). Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur »guten gesunden Schule«. In K. Areger & U. P. Lattmann (Hg.), *Gesundheitsfördernde Schule. Eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven* (S. 93–114). Sauerländer Verlag.
- Permien, H. (2010). Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Kinder- und Jugendhilfe – Kultur aus der Unkultur? In M. Dörr & H. Birgit (Hg.), „Unkulturen“ in *Bildung und Erziehung* (S. 53–67). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pfister, L., Keller, R., Bauer, T. & Achermann, E. (2015). *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich*. Pädagogische Hochschule Zürich. https://phzh.ch/MAP_DataStore/178651/publications/Gesundheitliche%20Ungleichheit_Kt%20Zh_Datenlage_Forschungsergebnisse%202015.pdf
- Pinquart, M. & Silbereisen, R. K. (2002). Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter: Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 45(11), 873–878. <https://doi.org/10.1007/s00103-002-0492-2>
- Pinquart, M. & Silbereisen, R. K. (2007). Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hg.), *Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (2. Aufl., S. 61–69). Huber.
- Poethko-Müller, C., Kuntz, B., Lampert, T. & Neuhauser, H. (2018). Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 8–15. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-004>
- Prummer, M. & Hasmüller, A. (2015). Schulkultur und Mobbing: Ein Mobbing-Präventions-Projekt als Beitrag zur Weiterentwicklung der Schulkultur. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 22(2), 149–164. <https://doi.org/10.1007/s11613-015-0418-0>
- Psyhyrembel, W. (2007). *Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch*. De Gruyter Verlag.
- Public Health England (09.2015). *Measuring Mental Wellbeing in Children and Young People*. London: OGL. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/768983/Measuring_mental_wellbeing_in_children_and_young_people.pdf
- Quenzel, G. (2015). *Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter* (OCLC-Nummer: 910519278) [Diplomarbeit/Dissertation, Universität Bielefeld]. WorldCat. https://www.worldcat.org/title/entwicklungsaufgaben-und-gesundheit-im-jugendalter/oclc/910519278&referer=brief_results
- Rademaker, A. L. & Liel, K. (2018). „Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Das Präventionsgesetz mit seinen Vorgaben bietet eine Chance für die Soziale Arbeit.“. *Forum sozialarbeit & gesundheit*, 2, 30–34.

- Rademaker, A. L. (2016). *Agency & Gesundheit: Eine triangulative Analyse biopsychosozialer Repräsentationen von Gesundheitstypen Jugendlicher* [Dissertation]. Universität Bielefeld. https://pub.uni-bielefeld.de/download/2905569/2905570/rademaker-anna-lena_dissertation.pdf
- Rademaker, A. L. (2018). *Agency und Gesundheit in jugendlichen Lebenswelten: Herausforderungen für die Kinder- und Jugendhilfe. Prävention im Kindes- und Jugendalter*. Beltz Juventa.
- Rahn, P. (2005). Übergang zur Erwerbstätigkeit: Bewältigungsstrategien Jugendlicher in benachteiligten Lebenslagen (1. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Raithel, J. (2004). Lebensstil und gesundheitsrelevantes Verhalten im Jugendalter. *Soziale Welt*, 55(1), 75–94. <https://doi.org/10.5771/0038-6073-2004-1-75>
- Raithel, J. (2010). Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten unter Jugendlichen. In H. Hackauf & H. Ohlbrecht (Hg.), *Jugend und Gesundheit: Ein Forschungsüberblick* (S. 160–177). Juventa-Verlag.
- Raithel, J. (2011). *Jugendliches Risikoverhalten: Eine Einführung*. Springer Verlag.
- Rattay, P., v.d. Lippe, E., Mauz, E., Richter, F., Hölling, H., Lange, C. & Lampert, T. (2018). Health and health risk behaviour of adolescents—Differences according to family structure. Results of the German KiGGS cohort study. *PLoS one*, 13(3), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192968>
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Torsheim, T., Hetland, J., Freeman, J., Danielson, M. & Thomas, C. (2008). An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health*, 18(3), 294–299. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn001>
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R. & Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>
- Ravens-Sieberer, U., Ottova, V., Hildebrandt, D. & Klasen, F. e. a. (2012). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der deutschen HBSC-Studie 2006–2010. *Gesundheitswesen*, 74(1), 33–41.
- Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Hetland, J., Vollebergh, W., Cavallo, F., Jericek, H., Alikasifoglu, M., Välimaa, R., Ottova, V. & Erhart, M. (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health*, 54(2), 151–159. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-5406-8>
- Ree, J. de & Alessie, R. (2011). Life satisfaction and age: Dealing with underidentification in age-period-cohort models. *Social Science & Medicine*, 73(1), 177–182. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.008>
- Reitsma, M. B., Fullman, N., Ng, M., Salama, J. S., Abajobir, A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abera, S. F., Abraham, B., Abyu, G. Y., Adebisi, A. O., Al-Aly, Z., Aleman, A. V., Ali, R., Al Alkerwi, A. a., Allebeck, P., Al-Raddadi, R. M., Amare, A. T., Amberbir, A., . . . Gakidou, E. (2017). Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 389(10082), 1885–1906. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30819-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30819-X)
- Residori, C., Sozio, M. E. & Schomaker, Lea & Samuel, R. (2020). YAC–Young People and COVID-19. Preliminary Results of a Representative Survey of Adolescents and Young Adults in Luxembourg. University of Luxembourg.
- Richter, M. & Mielck, A. (2006). Gesundheitliche Ungleichheit im Jugendalter: Herausforderungen für die Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1(4), 248–254. <https://doi.org/10.1007/s11553-006-0037-x>
- Richter, M. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-322-89929-3>
- Riiser, K., Helseth, S., Haraldstad, K., Torbjørnsen, A. & Richardsen, K. R. (2020). Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. *PLoS one*, 15(8), e0238161. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238161>
- Robert Koch-Institut. (2014). *Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«*. RKI. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/subjektive_gesundheit.pdf?__blob=publicationFile

- Rönnau-Böse, M. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2015). *Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne* (2., erweiterte und aktualisierte Auflage). Kohlhammer.
- Rose, A. & Rudolph, K. (2006). A Review of Sex Differences in Peer Relationship Processes: Potential Trade-Offs for the Emotional and Behavioral Development of Girls and Boys. *Psychological Bulletin*, 132(1), 98–131. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.98>
- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (Hg.) (2012). *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Verlag Hans Huber.
- Samuels, G. M. & Pryce, J. M. (2008). „What doesn't kill you makes you stronger“: Survivalist self-reliance as resilience and risk among young adults aging out of foster care. *Children and Youth Services Review*, 30(10), 1198–1210.
- Sarracino, F. (1. Juni 2020). *Job insecurity worsened for 25% of the residents as a consequence of the COVID-19 crisis: Results of the COVID-19 Social and Economic Impact Survey*. Statec. Regards. <https://statistiques.public.lu/catalogue-publications/regards/2020/PDF-06-2020.pdf>
- Schenk-Danzinger, L. (1993). *Entwicklung – Sozialisation – Erziehung*. Klett-Cotta.
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern: Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Juventa.
- Schneewind, K. A. (2010). *Familienpsychologie*. Kohlhammer.
- Schober, B., Lüftenegger, M., Spiel, C., Holzer, J., Ikanovic, S. K., Pelikan, E. & Fassel, F. (2020). *Was hat sich während der Zeit des Home Learning verändert? Erste Ergebnisse der zweiten Erhebung bei Schüler*innen*. Wien. Universität Wien.
- School for Health in Europe. (2021). *SHE Values*. Schools for Health in Europe Network Foundation. <https://www.schoolsforhealth.org/concepts/she-values>
- Schor, E. L. (1995). Developing communality: Family-centered programs to improve children's health and well-being. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 72(2), 413–442.
- Schubarth, W. (28. Oktober 2020). „Wir wollen wieder in die Schule“ – Schule als sozialen Ort (wieder)entdecken. Bundeszentrale für politische Bildung. <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/coronavirus/317803/wir-wollen-wieder-in-die-schule-schule-als-sozialen-ort-wiederentdecken>
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hg.) (2003). *Diagnostik für Klinik und Praxis: Bd. 2. Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Hogrefe.
- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 13(3), 283–293.
- Seckinger, M. (2013). Jungen Menschen Ermöglichungsräume zur Verfügung stellen – eine Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe. In SOS-Kinderdorf (Hg.), *Wohlergehen junger Menschen. Dokumentation zur Fachtagung „Wohlergehen, Befähigung und Handlungswirksamkeit als Konzepte für die Kinder- und Jugendhilfe“* (S. 57–74). Sozialpädagogisches Institut (SPI).
- Sen, A. (1993). Capability and Well Being. In M. C. Nussbaum & A. Sen (Hg.), *The Quality of Life* (1. Aufl., S. 270–293). Clarendon Press. <https://doi.org/10.1093/0198287976.003.0003>
- Sen, A. (2000). Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. Aus dem Englischen von Christiana Goldmann. Carl Hanser Verlag.
- Service National de la Jeunesse [SNJ] (2017). *NEETs in Luxemburg- Describing and understanding the issue for an improved response*. SNJ.
- Shell Deutschland (Hg.) (2010). *Shell-Jugendstudie: Bd. 16. Jugend 2010: Eine pragmatische Generation behauptet sich*. Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Shell Deutschland (Hg.) (2019). *Jugend 2019 – 18. Shell Jugendstudie: Eine Generation meldet sich zu Wort*. Albert, M.; Hurrelmann, K.; Quenzel, G.; Schneekloth, U.; Leven, I.; Utzmann, H.; Wolfert, S. Beltz.
- Sherlock, M. & Wagstaff, D. L. (2019). Exploring the relationship between frequency of Instagram use, exposure to idealized images, and psychological well-being in women. *Psychology of Popular Media Culture*, 8(4), 482–490.
- Silins, E., Horwood, L. J., Patton, G. C., Fergusson, D. M., Olsson, C. A., Hutchinson, D. M., Spry, E., Toumbourou, J. W., Degenhardt, L., Swift, W., Coffey, C., Tait, R. J., Letcher, P., Copeland, J. & Mattick, R. P. (2014). Young Adult Sequelae of Adolescent Cannabis Use: An Integrative Analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1(4), 286–293. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70307-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70307-4)

- Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G. & Woolacott, N. F. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity. A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17(2), 95–107. <https://doi.org/10.1111/obr.12334>.
- Singh, A., Uijtdewilligen, L., Twisk, J. W. R., van Mechelen, W. & Chinapaw, M. J. M. (2012). Physical activity and performance at school: A systematic review of the literature including a methodological quality assessment. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 166(1), 49–55. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2011.716>
- Sischka, P. & Steffgen, G. (13. Februar 2019). *Quality of Work-Index. 4. Forschungsbericht zur Weiter-entwicklung des Arbeitsqualitätsindexes in Luxembourg. Working Paper*. Luxembourg. Universität Luxemburg. <https://orbilu.uni.lu/bitstream/10993/39432/1/Sischka%20Steffgen%20%282019%29%20-%204.%20Forschungsbericht%20-%20Quality%20of%20Work%20%282019-02-13%29.pdf>
- Skinner, E. A. & Zimmer-Gembeck, M. J. (2016). *The development of coping: Stress, neurophysiology, social relationships, and resilience during childhood and adolescence*. Springer.
- Smith, K. & Joshi, H. (2002). The Millennium Cohort Study. *Population Trends*, 107(107), 30–34.
- Spittler, M. (2020). Corona - Eine Generationenfrage? In *Junges Deutschland in Zeiten von Corona: Mit Einordnung im europäischen Vergleich. So denken Menschen zwischen 16 und 26 Jahren* (Junges Europa - die Jugendstudie der TUI Stiftung). <https://www.tui-stiftung.de/unsere-projekte/junges-europa-die-jugendstudie-der-tui-stiftung/corona-eine-generationenfrage/>
- Spuling, S. M., Wurm, S., Wolff, J. K. & Wünsche, J. (2017). Heißt krank zu sein sich auch krank zu fühlen? Subjektive Gesundheit und ihr Zusammenhang mit anderen Gesundheitsdimensionen. In K. Mahne, K. Wolff & J. Simonson (Hg.), *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 157–170). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_10
- Statec. (2020a). *Luxemburg in Zahlen 2020*. Statec. <https://statistiques.public.lu/catalogue-publications/luxembourg-en-chiffres/2020/luxemburg-zahlen.pdf>
- Statec. (2020b). *Conjoncture Flash September 2020*. Statec. <https://statistiques.public.lu/catalogue-publications/conjoncture-flash-en/2020/PDF-Flash-09-2020-EN.pdf>
- Statec. (2021). *PIB en volume pour le 4ème trimestre 2020: 1.6% par rapport au trimestre précédent*. Statec. <https://statistiques.public.lu/fr/actualites/economie-finances/comptes-finances/2021/03/20210315/index.html>
- Steinebach, C. & Gharabaghi, K. (Hg.) (2013). *Resilienzförderung im Jugendalter: Praxis und Perspektiven*. Springer.
- Stranks, J. (2005). *Stress at work: Management and prevention*. Elsevier Butterworth-Heinemann.
- Telama, R. (2009). Tracking of physical activity from childhood to adulthood: A review. *Obesity facts*, 2(3), 187–195. <https://doi.org/10.1159/000222244>
- Thole, W. & Hölich, D. (2008). „Freizeit“ und „Kultur“ als Bildungsorte — Kompetenzerwerb über non-formale und informelle Praxen von Kindern und Jugendlichen. In C. Rohlf, M. Harring & C. Palentien (Hg.), *Kompetenz-Bildung* (69-93-93). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90909-7_5
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S. & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Torsheim, T., Ravens-Sieberer, U., Hetland, J., Välimaa, R., Danielson, M. & Overpeck, M. (2006). Cross-National Variation of Gender Differences in Adolescent Subjective Health in Europe and North America. *Social Science & Medicine*, 62(4), 815–827. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.047>
- Traylor, A. C., Williams, J. D., Kenney, J. L. & Hopson, L. M. (2016). Relationships between Adolescent Well-Being and Friend Support and Behavior. *Children & Schools*, 38(3), 179–186. <https://doi.org/10.1093/cs/cdw02>
- TUI Stiftung (22. Oktober 2020). *Junges Deutschland in Zeiten von Corona: Mit Einordnung im europäischen Vergleich. So denken Menschen zwischen 16 und 26 Jahren* (Junges Europa - die Jugendstudie der TUI Stiftung). <https://www.tui-stiftung.de/unsere-projekte/junges-europa-die-jugendstudie-der-tui-stiftung/deutschlandbericht/>
- Twenge, J. M., Joiner, T. E., Rogers, M. L. & Martin, G. N. (2018). Increases in Depressive Symptoms, Suicide-Related Outcomes, and Suicide Rates Among U.S. Adolescents After 2010 and Links to Increased New Media Screen Time. *Clinical Psychological Science*, 6(1), 3–17.

- Urnersbach, B. (21. August 2020). *Statistiken zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) in der Europäischen Union und der Euro-Zone*. Statista. <https://de.statista.com/themen/2280/bruttoinlandsprodukt-bip-in-eu-und-euro-zone/#:~:text=Im%20Jahr%202018%20betrug%20das,circa%2011%2C57%20Millionen%20Euro.>
- Veenstra, G. (2007). Social space, social class and Bourdieu: Health inequalities in British Columbia, Canada. *Health & Place*, 13(1), 14–31. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2005.09.011>
- Viner, R. M., Russell, S. J., Croker, H., Packer, J., Ward, J., Stansfield, C., Mytton, O., Bonell, C. & Booy, R. (2020). School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), 397–404. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30095-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30095-X)
- Vögele, C., Lutz, A., Yin, R. & D'Ambrosio, C. (7. Juli 2020). *How do different confinement measures affect people in Luxembourg, France, Germany, Italy, Spain and Sweden? COME HERE: First Report*. https://www.uni.lu/research/highlights/how_do_different_confinement_measures_affect_people_first_results
- Waldhauser, J., Kuntz, B. & Lampert, T. (2018). Unterschiede in der subjektiven und psychischen Gesundheit und im Gesundheitsverhalten bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen an weiterführenden Schulen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 61(4), 374–384.
- Walter, U. (2011). Gesund jung?! Herausforderung für die Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – ein Vorwort. In Kaufmännische Krankenkasse (Hg.), *Gesund jung?! Herausforderung Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen* (S. 1–2). Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Wang, M. T. & Fredricks, J. A. (2014). The reciprocal links between school engagement, youth problem behaviors, and school dropout during adolescence. *Child Development*, 85(2), 722–737. <https://doi.org/10.1111/cdev.12138>
- Weber, A., Hörmann, G. & Heipertz, W. (2007). Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. *Deutsches Ärzteblatt*, 104(43), A2957–A2952.
- Weber, H. & Vollmann, M. (2005). Gesundheitspsychologie. In H. Weber & T. Rammsayer (Hg.), *Handbuch der Psychologie: Bd. 2. Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie* (1. Aufl., S. 524–534). Hogrefe
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. World Health Organization.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (1986). *Ottawa charter for health promotion. International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health*. World Health Organization.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2011). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems*. 10th revision, 2010 ed. World Health Organization.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2012). *Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit*. Malta. Weltgesundheitsorganisation Regional Büro für Europa. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/171772/RC62wd12rev1-Ger.pdf
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2012). *WHO global report: mortality attributable to tobacco*. World Health Organization. https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2013). *Gesundheit 2020 Europäisches Rahmenkonzept für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden*. Kopenhagen. Weltgesundheitsorganisation Regional Büro für Europa. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/215756/Health2020-Short-Ger.pdf
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2014). *Der Europäische Gesundheitsbericht 2012: Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden*. Kopenhagen. WHO-Regionalbüro für Europa. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/250399/EHR2012-Ger.pdf
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2018). *Fact sheets on sustainable development goals: health targets: Mental Health*. WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/348011/Fact-sheet-SDG-Mental-health-UPDATE-02-05-2018.pdf?ua=1
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2019). *Psychische Gesundheit - Faktenblatt*. WHO.

- WHO expert consultation (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet*, 163(9403), 157–163. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15268-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15268-3)
- Willems, H., Heinen, A. & Meyers, C. (2013). Jugendliche als Zielgruppe offener Jugendarbeit. In Service National de la Jeunesse (Hg.), *Handbuch Offene Jugendarbeit in Luxemburg* (S. 37–48).
- Willems, H., Schumacher, A. & Heinen, A. (2015). Die Konzeption des luxemburgischen Jugendberichtes. In *La transition de l'adolescence vers l'âge adulte / Übergänge vom Jugend- ins Erwachsenenalter: Rapport national sur la situation de la jeunesse au Luxembourg 2015 / Nationaler Bericht zur Situation der Jugend in Luxemburg 2015* (S. 33–49). Luxembourg.
- Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen*. Campus Forschung: Bd. 322. Campus Verlag.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1), Art. 22. <https://doi.org/10.17169/fqs-1.1.1132>
- Wright, M. O'D. & Masten, A. S. (2005). Resilience Processes in Development. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Hg.), *Handbook of Resilience in Children* (S. 17–37). Springer Verlag.
- Wustmann, C. (2004). *Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beiträge zur Bildungsqualität*. Beltz.
- Zacher, H. & Rudolph, C. W. (2021). Individual differences and changes in subjective wellbeing during the early stages of the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 76(1), 50–62. <https://doi.org/10.1037/amp0000702>
- Zhong, B.-L., Luo, W., Li, H.-M., Zhang, Q.-Q., Liu, X.-G., Li, W.-T. & Li, Y. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1745–1752. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45221>
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E.S., Oeltmann, J. E. & Drane, J.W. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29(4), 279–288. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00269-5](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00269-5)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Altersverteilung der EU-28-Länder und Luxemburg im Vergleich für 2019	51
Abbildung 2:	Vergleich der Nationalitätenstruktur der Gesamtbevölkerung und der unter 15-Jährigen im Zeitverlauf	52
Abbildung 3:	Tertiäre Bildungsabschlüsse der 25- bis 34-Jährigen im Jahr 2009/14/19 nach Geschlecht	54
Abbildung 4:	Jugendarbeitslosigkeit der unter 25-Jährigen im Vergleich zur Gesamtarbeitslosigkeit im Januar 2020	55
Abbildung 5:	Entwicklung der Jugendarbeitslosigkeit der unter 25-Jährigen in Luxemburg und der EU	56
Abbildung 6:	Nichterwerbstätige Jugendliche, die weder an Bildung noch an Weiterbildung teilhaben im Alter zw. 15 und 29 Jahren; NEET-Rate im europäischen Vergleich von 2007 bis 2019 (in Prozent)	57
Abbildung 7:	Erwerbstätigenquote der 25- bis 29-Jährigen nach Bildungsabschluss im Jahr 2019.....	58
Abbildung 8:	Der von Armut und Ausgrenzung bedrohte Anteil der Bevölkerung in Prozent 2010 und 2019 im europäischen Vergleich im Hinblick auf verschiedene Altersgruppen	59
Abbildung 9:	Die Bildungsausgaben pro Schüler in Luxemburg und anderen Ländern in US-\$	60
Abbildung 10:	WHO-5-Wohlbefindens-Index nach soziodemografischen Merkmalen	77
Abbildung 11:	Lebenszufriedenheit nach soziodemografischen Merkmalen	78
Abbildung 12:	Wahrgenommener Stress nach PSS-4 (Cohen et al., 1983), nach soziodemografischen Merkmalen	80
Abbildung 13:	Anteil der Befragten, die ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“ bewerten, nach soziodemografischen Merkmalen	81
Abbildung 14:	Gewichtsstatus der Befragten nach soziodemografischen Merkmalen	84
Abbildung 15:	Übereinstimmung des objektiven Gewichtsstatus mit dessen Einschätzung durch die Befragten, nach soziodemografischen Merkmalen	86
Abbildung 16:	Anteil der Schüler und jungen Erwachsenen, mit multiplen psychosomatischen Beschwerden, nach soziodemografischen Merkmalen	87
Abbildung 17:	Anteil der Befragten, die angeben, diagnostizierte psychische Probleme zu haben, nach soziodemografischen Merkmalen.....	88
Abbildung 18:	Depressives Syndrom nach PHQ-8 nach soziodemografischen Merkmalen.....	89
Abbildung 19:	Personen im Alter von 12 bis 30 Jahren, die in einer erstattungsfähigen psychotherapeutischen Behandlung sind	93
Abbildung 20:	Lebenszufriedenheit nach soziodemografischen Merkmalen (2019 und 2020)	96
Abbildung 21:	Anteil der Befragten, die täglich Gemüse essen, nach soziodemografischen Merkmalen	102
Abbildung 22:	Anteil der Befragten, die mindestens 2–3 Mal in der Woche sportlich aktiv sind, nach soziodemografischen Merkmalen	103
Abbildung 23:	Nutzungshäufigkeit ausgewählter Medien der 18- bis 29-Jährigen	107
Abbildung 24:	Nutzungshäufigkeit ausgewählter digitaler Medien der 18- bis 29-Jährigen nach Geschlecht	108
Abbildung 25:	Anteil der Befragten, die in den vergangenen 30 Tagen Alkohol konsumiert haben, nach soziodemografischen Merkmalen	110
Abbildung 26:	Anteil der Befragten, die in den vergangenen 30 Tagen Cannabis konsumiert haben, nach Altersgruppen	111
Abbildung 27:	Veränderung ausgewählter Freizeitaktivitäten von 12- bis 29-Jährigen	123

Abbildung 28:	Das affektive Wohlbefinden der 18- 29-Jährigen nach dem Grad der familiären Unterstützung	130
Abbildung 29:	Die Unterstützung durch die Familie nach soziodemografischen Merkmalen	130
Abbildung 30:	Das affektive Wohlbefinden der 18- 29-Jährigen nach dem Grad der Unterstützung durch Freunde	133
Abbildung 31:	Unterstützung durch Freunde nach soziodemografischen Merkmalen	134
Abbildung 32:	Auswirkungen von Covid-19 auf das Zusammenleben im Haushalt nach soziodemografischen Merkmalen	150
Abbildung 33:	Besorgnis über die Covid-19-Pandemie nach soziodemografischen Merkmalen	158
Abbildung 34:	Bewertung der Maßnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie nach soziodemografischen Merkmalen	161
Abbildung 35:	Umsetzung der Maßnahmen im Alltag (16-29-Jährige)	164
Abbildung 36:	Einschätzung der Wahrscheinlichkeit einer zukünftigen Covid-19-Infektion nach soziodemografischen Merkmalen	166
Abbildung 37:	Auswirkungen von Covid-19 und den Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19 nach soziodemografischen Merkmalen	170
Abbildung 38:	Durchschnittliches Zurechtkommen mit der Covid-19-Pandemie und den Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19 nach soziodemografischen Merkmalen	174

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Nationalitätenstruktur in Luxemburg 2020	52
Tabelle 2:	Höchster erreichter Bildungsabschluss (%) der 25- bis 34-Jährigen im Jahr 2009/14/19 für die Länder Belgien, Deutschland, Frankreich und Luxemburg	54
Tabelle 3:	Gini-Koeffizient: Luxemburg und Nachbarländer (skaliert von 0 bis 100)	61
Tabelle 4:	Social Justice Index: Platzierung Luxemburgs und der Nachbarstaaten nach Bereichen (2019)	61
Tabelle 5:	Anteil der 18- bis 29-Jährigen nach diagnostizierter chronischer körperlicher Erkrankung	83
Tabelle 6:	Anteil der schulmedizinischen Untersuchungen, die zu einem Avis führten (in %)	90

Abkürzungsverzeichnis

AEF	Aide à l'enfance et à la famille
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMI	Body-Mass-Index
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
CePAS	Centre psycho-social et d'accompagnement scolaires
CNS	Caisse nationale de santé
d. h.	das heißt
DALY	Disability-adjusted life years
ebd.	ebenda
EHIS	European Health Interview Survey
ESC	Enseignement secondaire classique
ESG	Enseignement secondaire général
EST	Enseignement secondaire technique
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
gha	globaler Hektar
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
i. d. R.	in der Regel
ICD	International Classification of Diseases
ICD-Code E	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten neu
ICD-Code F	Psychische und Verhaltensstörungen
ICD-Code N	Krankheiten des Urogenitalsystems
ICD-Code T	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale
INDR	Institut national pour le développement durable et la responsabilité sociale des entreprises
IOTF	International Obesity Task Force
ISCED	International Standard Classification of Education
LFS	Labour Force Survey
LUCET	Luxembourg Centre for Educational Testing
MENJE	Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
N	Anzahl der untersuchten Fälle
NEET	Not in Education, Employment or Training
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OKaJu	Ombudsman fir Kanner a Jugendlecher
ONE	Office National de l'Enfance
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
PISA	Programme for International Student Assessment
PSELL	Panel Socio-Économique Liewen zu Lëtzebuerg

PSS-4	Perceived Stress Scale-4
SCRIPT	Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques
SDG	Sustainable Development Goals
SePAS	Service psycho-social et d'accompagnement scolaires
SES	sozioökonomischer Status
Slemo	Structure de logement en milieu ouvert
SMD	Social Media Disorder Scale
SNJ	Service National de la Jeunesse
SSE	Service socio-éducatif
u. a.	unter anderem
UEL	Union des Entreprises Luxembourgeoises
UL	Université du Luxembourg
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UN	United Nations
usw.	und so weiter
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
YAC	Young People and COVID-19 (Quantitative Studie)
YAC+	Young People and COVID-19 (Dachprojekt : qualitative + quantitative Studie)
YSL	Youth Survey Luxembourg
z. T.	zum Teil
z. B.	zum Beispiel
zw.	zwischen